



SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA ŻYCIE

indeks
SANTANDER/F24_P/CARCPI_5_2.1/2021



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Ubezpieczyciel zmieniającego się świata

Drogi Kliencie

Zachęcamy Cię do zapoznania się z niniejszym dokumentem. Dzięki temu dowiesz się w jakim zakresie Cię chronimy, w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie oraz jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu Twojego wniosku.

Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności. Są to przypadki, w których nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.



Aby zgłosić roszczenie:

- wypełnij formularz na stronie: www.cardif.pl
- wyślij e-mail na adres: roszczenia@cardif.pl
- wyślij wypełniony formularz na adres Ubezpieczyciela



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



Telefon: + 48 22 529 17 27



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

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych szczególnych 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 i ust. 5 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 16, 17, 32, 40, 42 SWU art. 4 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 5, 6, 12, 13, 16, 17, 32, 40, 42 SWU art. 10 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 16, 17, 25, 32, 36, 40, 42 SWU art. 11 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 8, 16, 17, 18, 27, 28, 29, 32, 40, 42 SWU |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia. | art. 7 ust. 2 SWU art. 14 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 6, 7, 16, 17, 28, 29, 32, 40, 42 SWU |

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS 0000048866. Kapitał zakładowy wynosi 37 692 310 złotych i jest w pełni opłacony. NIP 525-20-30-109
Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS 0000026002. Kapitał zakładowy zagranicznego zakładu ubezpieczeń Cardif - Assurances Risques Divers Societe Anonyme S.A. wg prawa francuskiego, który oddział utworzył, wynosi 21 602 240 euro i jest w pełni opłacony. NIP 526-25-57-344

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie oznaczone indeksem **SANTANDER/F24_P/CARCPI_5_2.1/2021** stosuje się do Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”.

ART 1. DEFINICJE

1. W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego na Życie o indeksie **SANTANDER/F24_P/CARCPI_5_2.1/2021** (dalej: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Centrum operacyjne** – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający Świadczeń Assistance;
 - 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) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – dokument potwierdzający przystąpienie do ubezpieczenia, sporządzony na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela;
 - 4) **Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 5) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Pożyczki, jednak nie wcześniej niż dzień następujący po dniu złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej;
 - 6) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia przez Ubezpieczonego Deklaracji ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień zawarcia Umowy pożyczki;
 - 7) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - a) w przypadku **Zgonu** – dzień Zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Pobytu w Szpitalu** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - c) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w SWU,
 - 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;
 - d) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** - dzień wskazany w Orzeczeniu lub Opinii lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu lub Opinii, za dzień zajścia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia lub Opinii;
 - e) w przypadku **Utraty pracy** – dzień zajścia Utraty pracy;
 - 8) **Harmonogram** –
 - w przypadku Pożyczki standardowej (czyli: umowa na przedmioty gotowe oraz równe raty miesięczne), będzie to pierwotny harmonogram spłat Pożyczki, stanowiący integralną część Umowy pożyczki, ustalony i dołączony do Umowy pożyczki w dniu jej zawarcia; pierwotny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;
 - w przypadku Pożyczki niestandardowej (z nieregularnymi ratami i/lub na przedmioty zamawiane), będzie to „techniczny” (rozumiany jako miesięczny) harmonogram spłat, wyliczany z uwzględnieniem kwoty Pożyczki na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia (tj. zawarcia umowy pożyczki), dzielonej przez liczbę miesięcy liczonych od Dnia uruchomienia umowy pożyczki do końca trwania Pożyczki. Techniczny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;Harmonogram będzie zawsze wyrażony w PLN. Jeśli harmonogram pierwotny/ techniczny spłat Pożyczki będzie wyrażony w innej walucie niż PLN (waluta umowy pożyczki), wówczas tak ustalone kwoty zostaną przeliczone na PLN po średnim kursie NBP dla danej waluty z dnia zawarcia Umowy pożyczki;
 - 9) **Lekarz prowadzący leczenie** - lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego w wyniku Pobytu w Szpitalu lub Nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) **Lekarz Zaufania** - wskazana przez Ubezpieczyciela osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza lub wskazana przez Ubezpieczyciela placówka świadcząca usługi zdrowotne;
 - 11) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 12) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w SWU;
 - 13) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i trwający do końca Umowy pożyczki zgodnie z Harmonogramem spłat nie dłużej niż 79 miesięcy, z zastrzeżeniem art. 4;
 - 14) **Orzeczenie/Opinia** – odpowiednio prawomocne orzeczenie lekarskie lub wyrok sądu, wydane zgodnie z postanowieniami przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach lub opinia Lekarza Zaufania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej jednego roku (orzeczenia na okresy krótsze niż rok podlegają sumowaniu, z zastrzeżeniem że pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie może występować przerwa), wydane przez

lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu lub Lekarza Zaufania – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego albo

- b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej jednego roku (orzeczenia na okresy krótsze niż rok podlegają sumowaniu, z zastrzeżeniem że pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie może występować przerwa), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu lub Lekarza Zaufania – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nabyli prawo do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 15) **Placówka medyczna** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii (tj., Dz. U. 2018 r., poz. 1030), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA;
- 16) **Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 17) **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 niedokrwienno mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
- d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
- e) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy. Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 18) **Pożyczka** – kwota zobowiązania wynikająca z Umowy pożyczki zawartej pomiędzy Pożyczkobiorcą a Pożyczkodawcą;
 - 19) **Pożyczkobiorca** – osoba fizyczna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą wpisana do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej będąca stroną Umowy pożyczki;
 - 20) **Pożyczkodawca** – Santander F24 S.A., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kolorowej 8;
 - 21) **Rata pożyczki** – kwota należna Pożyczkodawcy, której wysokość oraz termin wpłaty wskazane są w Harmonogramie załączonym do umowy pożyczki (odpowiednio te same zasady dotyczą „technicznego” harmonogramu);
 - 22) **Rolnik poszukujący pracy** - osoba uzyskująca status poszukującego pracy w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U.2020. poz. 1409 z późn. zm.), zatrudniona w okresie 18 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień zarejestrowania, łącznie przez okres co najmniej 365 dni, osiągająca wynagrodzenie za pracę, od którego istniał obowiązek opłacania składki na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy; będąca właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe;
 - 23) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
 - 24) **Sprzęt rehabilitacyjny** - następujący sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wataki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, watek, półwatek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas stabilizujący, mostek, pas przepuklinowy;
 - 25) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego:
 - 1) z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - 2) bez prawa do pobierania zasiłku dla bezrobotnych - dotyczy Ubezpieczonych zatrudnionych w okresie 18 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień zarejestrowania, łącznie przez okres co najmniej 365 dni, osiągających w tym czasie wynagrodzenie poniżej minimalnego wynagrodzenia za pracę; od którego istniał obowiązek opłacania składki na ubezpieczenia społeczne;
 - 26) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 27) **Szpital** – działający na terenie Unii Europejskiej, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną; definicja Szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
 - 28) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu, w przypadku Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania;
 - 29) **Świadczenia Assistance Rehabilitacja** – pomoc udzielona Ubezpieczonemu po Chorobie skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu lub po Nieszczęśliwym wypadku w zakresie wskazanym w artykule 12 niniejszych SWU;
 - 30) **Świadczenia Assistance na wypadek Utraty pracy** – pomoc udzielana Ubezpieczonemu w przypadku Utraty pracy w zakresie wskazanym w artykule 12 niniejszych SWU;
 - 31) **Świadczenie miesięczne** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu w przypadku zajścia zdarzenia Pobytu w Szpitalu lub Utraty pracy, równa jednej Racie pożyczki zgodnie z Harmonogramem; w przypadku Pożyczki z nieregularnymi ratami pojedyncza Rata pożyczki liczona jest zgodnie z „technicznym” Harmonogramem spłat i zaokrąglana w górę do pełnych 100 PLN;
 - 32) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** - stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem lub Opinią w rozumieniu niniejszych SWU;
 - 33) **Ubezpieczający** – Pożyczkodawca, Santander F24 S.A., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kolorowej 8;
 - 34) **Ubezpieczony** – Pożyczkobiorca będący osobą fizyczną, osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, wskazany w Deklaracji ubezpieczeniowej, który wyraził zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
 - 35) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych SWU;

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. w zakresie ryzyk: Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Świadczenia Assistance Rehabilitacja oraz Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w zakresie ryzyka Utraty pracy, Świadczenia Assistance na wypadek Utraty pracy oraz Pobytu w Szpitalu;

- 36) **Umowa pożyczki** - umowa o Pożyczkę zawarta pomiędzy Pożyczkodawcą a Pożyczkobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Pożyczkodawcy;
- 37) **Umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
- 38) **Uposażony** - podmiot wskazany przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określony w SWU uprawniony do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu;
- 39) **Uprawniony** - podmiot wskazany przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określony w SWU, uprawniony do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia innego niż Zgon;
- 40) **Utrata pracy** - za Utratę pracy w rozumieniu SWU uważa się:
- a) w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego, umowy cywilnoprawnej albo stosunku służbowego:
- dzień rozwiązania umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego, umowy cywilnoprawnej albo stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony, z terminem rozwiązania przypadającym w dniu lub po dniu zakończenia Umowy pożyczki, zgodnie z Harmonogramem, z zachowaniem okresu wypowiedzenia w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, skutkujący uzyskaniem Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy;
- b) **w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą** - wyrejestrowanie działalności gospodarczej spowodowane przyczynami ekonomicznymi, w sytuacji, gdy:
- w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, działalność gospodarcza przynosiła straty, lub
 - łączny skumulowany wynik za ostatnie 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie jest ujemny.
- W przypadku, o którym mowa w pkt b), niezależnie od warunków wskazanych powyżej, Ubezpieczony powinien dodatkowo prowadzić działalność gospodarczą przez okres co najmniej 24 miesięcy przed Dniem zajścia Zdarzenia, nie uwzględnia się okresów zawieszenia działalności gospodarczej, oraz uzyskał Status bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 41) **Zdarzenie** - zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia lub umożliwia skorzystanie ze Świadczeń Assistance Rehabilitacja lub Assistance na wypadek Utraty pracy;
- 42) **Zgon** - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie, zdrowie oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) Zgon,
 - 2) Trwała i całkowita niezdolności do pracy,
 - 3) Poważne zachorowanie,
 - 4) Pobyt w Szpitalu,
 - 5) Utrata pracy - przysługuje, w zależności od statusu zatrudnienia Ubezpieczonego na Dzień zajścia Zdarzenia osobom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menażerskiego, umowy cywilnoprawnej, osobom prowadzącym działalność gospodarczą, osobom posiadającym status Rolnika poszukującego pracy,
 - 6) Świadczenia Assistance Rehabilitacja,
 - 7) Świadczenia Assistance na wypadek Utraty pracy.
3. Osoby niespełniające warunków określonych w ust. 2 pkt 5) otrzymają Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w wysokości wskazanej w art. 11 ust. 4 pkt 2) SWU.
4. Ubezpieczony objęty jest Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu z zastrzeżeniem, że z tytułu Pobytu w Szpitalu oraz Utraty pracy Ubezpieczony objęty jest Ochroną ubezpieczeniową na terytorium Unii Europejskiej, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
5. Ubezpieczony uprawniony jest do korzystania ze Świadczeń Assistance Rehabilitacja lub Assistance na wypadek Utraty pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba fizyczna, która najpóźniej w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i nie przekroczyła w tym dniu, wraz z okresem trwania Umowy pożyczki, 65. roku życia.
2. Na podstawie indywidualnej zgody Ubezpieczyciela wydanej w formie pisemnej przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona na warunkach innych niż określone w SWU.
3. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Pożyczkobiorca:
 - 1) złożył oświadczenie woli na Deklaracji ubezpieczeniowej,

- 2) zawarł z Pożyczkodawcą Umowę pożyczki w wysokości nieprzekraczającej 500.000 PLN lub równowartość tej kwoty wyrażonej w walucie obcej, w której Pożyczkodawca udziela Pożyczki, po średnim kursie dla danej waluty ogłoszonym w tym dniu zgodnie z tabelą NBP, z zastrzeżeniem, iż suma udzielonych Pożyczek lub leasingów przy zawieraniu, których Pożyczkobiorca lub leasingobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć 500.000 PLN.
4. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy pożyczki występuje więcej niż jeden Pożyczkobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Pożyczkobiorcy, chyba że któryś z Pożyczkobiorców nie spełnia warunków określonych w ust. 1 i 3 przy czym Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy pożyczki może być objętych nie więcej niż czterech Pożyczkobiorców.

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) **w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek :**
 - a) Zgonu,
 - b) Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - 2) **trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek:**
 - a) Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby,
 - b) Utraty pracy (osoby fizyczne zatrudnione na podstawie umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego, umowy cywilnoprawnej);
 - 3) **sześćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek:**
 - a) Utraty pracy (osoby prowadzące działalność gospodarczą);
 - 4) **dziewięćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania;

i trwa nieprzerwanie do dnia wskazanego w Harmonogramie spłat, jako dzień całkowitej spłaty Pożyczki, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 niniejszego artykułu.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w SWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami art. 9 SWU.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w przypadku Poważnego zachorowania oraz Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia;
 - c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat;
 - d) w dniu, w którym Ubezpieczony ukończył wiek uprawniający do otrzymania emerytury, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego – w przypadku Utraty pracy.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa:
 - a) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia;
 - b) z upływem 79 miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - c) w dniu, w którym Składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową ubezpieczenia, a nie została przez niego opłacona;
 - d) w dniu odstąpienia od Umowy pożyczki;
 - e) w dniu określonym w Harmonogramie jako dzień spłaty ostatniej Raty pożyczki – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - f) w dniu całkowitej spłaty Pożyczki;
 - g) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej,
 - h) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy pożyczki;
5. W przypadku, gdy Pożyczkobiorca odstąpi od Umowy pożyczki Ubezpieczeni w ramach danej Umowy pożyczki będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.
6. Rezygnacja z Ochrony ubezpieczeniowej, złożona przez jednego Ubezpieczonego powoduje zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych w ramach danej Umowy pożyczki.

ART. 5 REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

3. 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 Ubezpieczającego rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jej otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.

ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu danych kontaktowych do Ubezpieczyciela w celu zgłoszenia roszczenia.

ART. 7 OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Ubezpieczającego o zmianie swoich danych osobowych.
2. 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 przystąpienia do 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 (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.

ART. 8 PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w SWU.
2. 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 przystąpienie do ubezpieczenia.

ART. 9 SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

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

ART. 10 SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu **Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** oraz **Poważnego zachorowania** równa jest kapitałowi Pożyczki pozostającemu do spłaty zgodnie z Harmonogramem na Dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 500.000 PLN.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu **Pobytu w Szpitalu** równa jest wartości:
 - 1) w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menażerskiego, umowy cywilnoprawnej, osób prowadzących działalność gospodarczą, osób posiadających status Rolnika poszukującego pracy:
 - a) maksymalnie 9 Świadczeń miesięcznych, nie więcej niż 54.000 PLN na jedno Zdarzenie;
 - b) maksymalnie 18 Świadczeń miesięcznych, nie więcej niż 108.000 PLN na wszystkie Zdarzenia w nieprzerwanym okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) w przypadku osób niespełniających warunków określonych w ust. 2 pkt 1):
 - a) maksymalnie 12 Świadczeń miesięcznych w wysokości 300% Świadczenia miesięcznego, nie więcej niż 72.000 PLN na jedno Zdarzenie;
 - b) maksymalnie 18 Świadczeń miesięcznych w wysokości 300% Świadczenia miesięcznego, nie więcej niż 108.000 PLN na wszystkie Zdarzenia w nieprzerwanym okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu **Utraty pracy** równa jest wartości:
 - a) maksymalnie 9 Świadczeń miesięcznych, nie więcej niż 54.000 PLN na jedno Zdarzenie;
 - b) maksymalnie 18 Świadczeń miesięcznych, nie więcej niż 108.000 PLN na wszystkie Zdarzenia w nieprzerwanym okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy pożyczki objętych zostało więcej Pożyczkobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia.

ART. 11 WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, ustalonej zgodnie z treścią art. 10 ust. 1 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli Poważne zachorowanie wystąpi w ciągu pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci kwotę równą jednej Racie pożyczki zgodnie z Harmonogramem, jednak nie więcej niż 6.000 PLN.
3. W przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie miesięczne, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Pożyczki, zgodnie z art. 1 pkt 30 SWU, przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 6.000 PLN.
4. Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w wysokości:
 - 1) Raty pożyczki przypadającej do zapłaty zgodnie z Harmonogramem - w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menażerskiego, umowy cywilnoprawnej, osób prowadzących działalność gospodarczą, osób posiadających status Rolnika poszukującego pracy;
 - 2) 300% Raty pożyczki przypadającej do zapłaty zgodnie z Harmonogramem - w przypadku osób niespełniających warunków określonych w ust. 4 pkt 1).
5. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci kolejne Świadczenie miesięczne po 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w wysokości wskazanej odpowiednio w ust. 4.
6. W przypadku, gdy po zakończeniu 30 dniowego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie miesięczne w wysokości wskazanej odpowiednio w ust. 4, przypadające do zapłaty bezpośrednio po 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
7. W przypadku osób wskazanych w ust. 4 pkt 1), Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 9 Świadczeń miesięcznych na jedno Zdarzenie i nie więcej niż 18 Świadczeń miesięcznych na wszystkie Zdarzenia Pobytu w Szpitalu w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie więcej niż 108.000 PLN.
8. W przypadku osób wskazanych w ust. 4 pkt 2), Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń miesięcznych na jedno Zdarzenie i nie więcej niż 18 Świadczeń miesięcznych na wszystkie Zdarzenia Pobytu w Szpitalu w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie więcej niż 108.000 PLN.
9. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie miesięczne, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Pożyczki, zgodnie z art. 1 pkt 31 SWU, przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 6.000 PLN.
10. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy w wysokości Raty pożyczki przypadającej do zapłaty zgodnie z Harmonogramem.
11. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 10, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie miesięczne bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy w wysokości wskazanej w ust. 10.
12. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 9 Świadczeń miesięcznych na jedno Zdarzenie i nie więcej niż 18 Świadczeń miesięcznych na wszystkie Zdarzenia Utraty pracy w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie więcej niż 108.000 PLN.
13. Ubezpieczyciel wypłaci łącznie maksymalnie 18 Świadczeń z tytułu Pobytu w Szpitalu oraz z tytułu Utraty pracy niezależnie od statusu zatrudnienia Ubezpieczonego na Dzień zajścia Zdarzenia.
14. Zajście Zdarzenia Pobytu w Szpitalu oraz Utraty pracy w tym samym okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej nie wpływa na wysokość Świadczeń określonych odpowiednio w ust. 7 oraz ust. 12, przy czym suma Świadczeń nie może przekroczyć kwoty 108.000 PLN.
15. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu, Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
16. W przypadku, gdy należne Świadczenie, przewyższa kwotę salda zadłużenia z tytułu Umowy pożyczki wyliczonego przez Pożyczkodawcę na Dzień zajścia Zdarzenia, 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. 12 ZAKRES ORAZ REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

1. W przypadku Utraty pracy, Ubezpieczonemu przysługuje dostęp do Świadczeń Assistance na wypadek Utraty pracy.
2. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczonemu przysługuje w ramach Świadczeń Assistance na wypadek Utraty pracy organizacja poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej limitów podanych w tabeli ust. 4 niniejszego artykułu w odniesieniu do jednego Zdarzenia:
 - 1) **pomoc psychologa** – Ubezpieczyciel zapewni Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem. Termin i miejsce wizyty uzgadnia Ubezpieczyciel z Ubezpieczonym;
 - 2) **pomoc w przygotowaniu CV i listu motywacyjnego** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 (czternastu) dni od chwili dostarczenia

przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysłała do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:

- a) wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV);
 - b) wzór listu motywacyjnego;
 - 3) **tłumaczenie CV i listu motywacyjnego na język angielski** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 (czternastu) dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego i/lub CV przekazuje niniejsze dokumenty do firmy specjalizującej się w tłumaczeniu dokumentów na język angielski, która po otrzymaniu w/w dokumentów rozpocznie proces tłumaczenia dokumentów na język angielski. Ubezpieczyciel wysłała do Ubezpieczonego przetłumaczone dokumenty listu motywacyjnego i/lub CV drogą elektroniczną. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczenia usługi tłumaczenia CV i listu motywacyjnego na język angielski przez okres 6 miesięcy licząc od dnia zajścia Zdarzenia i maksymalnie 4 (cztery) razy w okresie 12 miesięcy;
 - 4) **pomoc w wyszukiwaniu ofert pracy** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 (czternastu) dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy biuro pośrednictwa lub Ubezpieczyciel niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym przez okres 6 miesięcy liczonym od dnia zajścia Zdarzenia.
 - 5) **organizacja usług z zakresu doradztwa personalnego** – całodobowe przekazywanie informacji na temat:
 - a) efektywnych systemów motywacyjnych, wartościowania stanowisk, konstrukcji, siatek płac, budowy systemów premiowych, konstruowania pakietów świadczeń,
 - b) formułowania strategii i polityki personalnej,
 - c) ryzyka inwestycyjnego w dziedzinie zarządzania kapitałem ludzkim,
 - d) atrakcyjnych szkoleń dla pracowników,
 - e) wiz i pozwoleń na pracę,
 - 6) **infolinia dotycząca prawa pracy** – Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:
 - a) warunków otrzymania oraz wysokości odpraw pieniężnych dla pracowników zwalnianych z przyczyn leżących po stronie pracodawcy,
 - b) warunków przydzielania świadczeń przedemerytalnych,
 - c) praw i obowiązków bezrobotnych,
 - d) procedur rejestracji w urzędzie pracy,
 - e) warunków przydzielania zasiłku dla bezrobotnych,
 - f) form pomocy udzielanej osobom bezrobotnym,
 - g) danych teleadresowych biur pośrednictwa pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - h) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 7) **zestaw materiałów informacyjnych dotyczących m.in. tworzenia CV i listu motywacyjnego oraz rozmowy rekrutacyjnej** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 (czternastu) dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego do Centrum operacyjnego kopii dokumentacji potwierdzającej Utratę pracy, zgodnie z art. 13 ust. 9 lit. d), wysłała do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) instrukcje dotyczące przygotowania CV,
 - b) instrukcje dotyczące przygotowania listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania),
 - c) instrukcje dotyczące przygotowywania się do rozmowy rekrutacyjnej.
 - 8) **konsultacje on-line lub telefoniczne napisanych przez Ubezpieczonego CV i/lub listu motywacyjnego** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 (czternastu) dni od dnia dostarczenia przez Ubezpieczonego CV i/lub listu motywacyjnego ustala z Ubezpieczonym termin konsultacji przesłanych dokumentów.
3. Świadczenie Assistance na wypadek Utraty pracy przysługuje 4 razy w okresie 12 miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Tabela zakresu Świadczeń Assistance na wypadek Utraty pracy:

| rodzaj Zdarzenia | rodzaj Świadczenia Assistance | limit kwotowy na Zdarzenie | limity ilościowe |
|------------------|--|----------------------------|---|
| Utrata pracy | pomoc psychologa | 500 PLN | - |
| | • pomoc w przygotowaniu CV i listu motywacyjnego | - | - |
| | • tłumaczenie CV i listu motywacyjnego na język angielski | - | 4 razy w okresie 12 miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej |
| | • pomoc w wyszukiwaniu ofert pracy | - | - |
| | • organizacja usług z zakresu doradztwa personalnego | - | - |
| | • infolinia dotycząca prawa pracy | - | - |
| | • zestaw materiałów informacyjnych dotyczących m.in. tworzenia CV i listu motywacyjnego oraz rozmowy rekrutacyjnej | - | - |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Konsultacje on-line lub telefonicznie napisanych przez Ubezpieczonego CV i/lub listu motywacyjnego | | 4 razy w okresie 12 miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej |
|--|--|--|---|

5. Świadczenia Assistance na wypadek Utraty pracy organizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego, w przypadku zaistnienia Zdarzenia Utraty pracy uprawniającego do Świadczeń Assistance. Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu +48 22 564 06 02.
6. Ubezpieczony, kontaktując się z Centrum operacyjnym, zobowiązany jest podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko oraz datę urodzenia,
 - 2) adres zamieszkania,
 - 3) numer telefonu do kontaktu,
 - 4) inne informacje konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług,
 - 5) opis oczekiwanej pomocy.
7. W przypadku Choroby Ubezpieczonego skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu lub w przypadku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów Świadczeń Assistance Rehabilitacja w zakresie:
 - 1) Organizacja i pokrycie kosztów transportu do Placówki medycznej – do kwoty 1.000 PLN, w razie konieczności przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie;
 - 2) Organizacja i pokrycie kosztów transportu między Placówkami medycznymi – do kwoty 1.000 PLN, jeżeli Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg bądź badania lekarskie do innej Placówki medycznej; transport odbywa się na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego leczenie, o ile – według jego wiedzy – nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 3) Organizacja i pokrycie kosztów transportu z Placówki medycznej – do kwoty 1.000 PLN, w razie pisemnego zalecenia transportu do miejsca pobytu od Lekarza prowadzącego leczenie, o ile – według jego wiedzy – nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 4) Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego – do kwoty 1.000 PLN, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 5) Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego – do kwoty 1.000 PLN, do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, Ubezpieczony powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 6) Rehabilitacja – do kwoty 2.000 PLN, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu; koszty rehabilitacji to koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej i wizyty w poradni rehabilitacyjnej albo koszty wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego;
 - 7) Wizyta pielęgniarki – do 10 wizyt w miejscu pobytu Ubezpieczonego, na podstawie pisemnego zalecenia opieki pielęgniarskiej od Lekarza prowadzącego leczenie; obejmuje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki, aby zapewnić opiekę Ubezpieczonemu w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego leczenie; koszty sprawowania opieki pielęgniarskiej (zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony;
 - 8) infolinia medyczna – telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:
 - a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
 - b) diet, metod zdrowego żywienia,
 - c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
 - d) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - e) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - f) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny,
 - g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.
8. W celu uzyskania Świadczeń Assistance Rehabilitacja, Ubezpieczony lub inna osoba jest zobowiązany niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia lub powzięciu informacji o jego powstaniu powiadomić o nim Centrum operacyjne, czynne przez całą dobę, pod numerem telefonu +48 22 564 06 02 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania Świadczeń Assistance Rehabilitacja:
 - 1) numer PESEL;
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 3) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 4) opis rodzaju oczekiwanej pomocy;
 - 5) numer telefonu do kontaktu.

ART. 13 SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. Zajście Zdarzenia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone Ubezpieczycielowi poprzez:

- a) wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl lub
 - b) wystanie zawiadomienia na adres: roszczenia@cardif.pl lub
 - c) przekazanie wniosku o wypłatę Świadczenia pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem Ubezpieczającego, np. na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia udostępnionym na stronie Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego oraz dołączenie dokumentów wskazanych w ust. 9.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji pożyczkowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Pożyczkodawcy 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 osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
 8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z innego ryzyka niż Zgon – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
 9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia (np. na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia) oraz następujących dokumentów:
 - a) w przypadku **Zgonu**:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - 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;
 - kopię dowodu osobistego osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia;
 - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
 - b) w przypadku **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;
 - c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;

- dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
- W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego Świadczenia miesięcznego w ramach uznania roszczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed drugą lub każdą kolejną wypłatą Świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
- dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokość Świadczenia;

d) w przypadku **Utraty pracy:**

w odniesieniu do osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej:

- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia, którego dotyczy Zdarzenie lub kopii oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy;
- zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę);
- kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy w ostatnim dniu danego okresu (dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia);
- zaświadczenie o posiadanych powierzchniach użytków rolnych (dotyczy Rolnika poszukującego pracy);
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia;

w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą:

- oświadczenie Ubezpieczonego o zaprzestaniu prowadzenia działalności:
 - z powodu ponoszenia strat w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie przez co najmniej 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej lub
 - w przypadku, gdy łączny skumulowany wynik z prowadzonej działalności gospodarczej za ostatnie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzające Zdarzenie, jest ujemny

wraz z dołączonymi dokumentami potwierdzającymi opisaną przyczynę zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej (np.: księga przychodów i rozchodów prowadzonej działalności, odpowiednie deklaracje PIT wraz z potwierdzeniem ich złożenia);

- zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z CEIDG lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości;
- kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy w ostatnim dniu danego okresu (dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia);
- zaświadczenie o uzyskaniu Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych (jeżeli przysługuje);
- zaświadczenie o posiadanych powierzchniach użytków rolnych (dotyczy Rolnika poszukującego pracy);
- wypis z CEIDG lub numer wpisu z odpowiedniego rejestru;
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokość Świadczenia;

e) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**

- odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych SWU;
- dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

ART. 14 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) działaniem Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, gdy zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 ‰ lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg; działaniem Ubezpieczonego pod wpływem 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 **Poważnego Zachorowania** 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) działaniem Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, gdy zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 ‰ lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg; działaniem Ubezpieczonego pod wpływem 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 urządzeniem wykorzystującym energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. W przypadku **Pobytu w Szpitalu** 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) działaniem Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, gdy zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 ‰ lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg; działaniem Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub innych środków toksycznych 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;
 - f) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony;
 - g) leczeniem bezpłodności, sztucznym zapłodnieniem lub sterylizacją.
4. W odniesieniu do **Świadczeń Assistance Rehabilitacja**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
- a) czynnym i dobrowolnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktach terroru, 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) zdarzeniem związanym bezpośrednio z skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - d) działaniem Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, gdy zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 ‰ lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg; działaniem Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - e) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu;
 - f) próbą samobójstwa, samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - g) wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu; wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu to regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu;
 - h) katastrofami naturalnymi, działaniem ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, nagłych zmian temperatur, powodzi, huraganów, pożarów, wybuchów, wyładowań atmosferycznych);
 - i) umyślnym działaniem Ubezpieczonego;
 - j) rażącym niedbalstwem Ubezpieczonego, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności lub zasadom współżycia społecznego.

5. W odniesieniu do **Świadczeń Assistance Rehabilitacja** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczeń, jeżeli do opóźnienia doszło wskutek:
 - a) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, strajków, aktów terroryzmu, zamieszek społecznych i wojskowych;
 - b) masowych skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spowodowanych działaniem broni lub urządzeń wykorzystujących energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - c) epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń;
 - d) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne);
 - e) ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować brak możliwości realizacji Świadczeń Assistance.
6. W odniesieniu do **Świadczeń Assistance na wypadek Utraty pracy**, w ramach infolinii dotyczącej prawa pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje ochrony interesów prawnych:
 - a) roszczeń pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczycielem lub Ubezpieczającym;
 - b) spraw o odszkodowanie od pracowników Ubezpieczonego;
 - c) z zakresu prawa Unii Europejskiej i prawa międzynarodowego;
 - d) w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym, sądami konstytucyjnymi oraz trybunałami międzynarodowymi;
 - e) w zakresie zastępstwa procesowego;
7. W przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
 - a) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - c) próbą samobójstwa;
 - d) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - e) zdarzeniem związanym bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - f) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony;
 - g) działaniem Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, gdy zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 ‰ lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg; działaniem Ubezpieczonego pod wpływem narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony.
8. W przypadku **Utraty pracy** odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
w odniesieniu do osób fizycznych:
 - a) rozwiązaniem przez Ubezpieczonego umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego, umowy cywilnoprawnej lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 §1¹Kodeksu pracy,
 - b) rozwiązaniem umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego, umowy cywilnoprawnej lub stosunku służbowego za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy,
 - c) rozwiązaniem przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę kontraktu menedżerskiego, umowy cywilnoprawnej lub stosunku służbowego w wyniku przyczyn zawnionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby,
 - d) rozwiązaniem umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego, umowy cywilnoprawnej lub stosunku służbowego z upływem okresu na jakie były zawarte,
 - e) rozwiązaniem umowę o pracę, kontraktu menedżerskiego, umowy cywilnoprawnej lub stosunku służbowego, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem przystąpienia do Umowy ubezpieczenia lub przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego z tytułu Utraty pracy;
w odniesieniu do osób uzyskujących dochód z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej/rolniczej:
 - a) usiłowaniem popełnienia lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - b) zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego z innych powodów niż ekonomiczne opisane w art. 1 ust. 1 pkt. 40 b) SWU,

- c) zakończeniem prowadzenia działalności gospodarczej wskutek wniosków złożonych przed Dniem przystąpienia do Umowy ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 180 dni od Dnia przystąpienia do Umowy ubezpieczenia.

ART. 15 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. 2020 r., poz. 1426 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 2020 r., poz. 1406 z późn. zm.).

ART. 16 ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

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

ART. 17 SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE 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. Powództwo o roszczenie, 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).

ART. 18 SYSTEM MONETARNY

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

ART. 19 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie o indeksie SANTANDER/F24_P/CARCP1_5_2.1/2021 weszły w życie z dniem 16 kwietnia 2021 roku, zmienione z dniem 1 października 2021 roku.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.