

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr H10/ST2023 Wariant 1

Kredyty na zakup towarów i usług zawierane na odległość

Informacja dotycząca ubezpieczenia w ramach Ogólnych Warunków Ubezpieczenia numer H10/ST2023

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. Przesłanek wypłaty świadczenia	§ 2
	§ 4
	§ 5
2. Ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2
	§ 8
	§ 11

§ 1. WSTĘP

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia zawartej odpowiednio pomiędzy CNP Santander Insurance Life DAC z siedzibą w Dublinie (Irlandia) i/lub CNP Santander Insurance Europe DAC z siedzibą w Dublinie (Irlandia) a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy Ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia oferowany przez poszczególnych Ubezpieczycieli określony jest w § 4 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane z dużej litery oznaczają:

1. **Agent** - Santander Consumer Bank S. A. z siedzibą we Wrocławiu, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela.
2. **Aktywność zawodowa:**
 - 1) świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy w wymiarze co najmniej 20 godzin tygodniowo,
 - 2) świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej,
 - 3) prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej,
 - 4) prowadzenie działalności rolniczej niezakwalifikowanej do pkt 3) powyżej.
3. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. **Czasowa niezdolność do pracy** – wywołana chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania dotychczasowej Aktywności zawodowej, która wystąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

5. **Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony Umowy kredytowej w dniu jej zawarcia.
6. **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, pod fachową opieką lekarską, poprzedzony odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu trwający krócej niż 24 godziny, pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych, ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
7. Klient – osoba fizyczna (konsument), która zawarła Umowę kredytową z Santander Consumer Bank S.A.
8. Nieszczęśliwy wypadek – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenie ciała.
9. **Osoby Aktywne Zawodowo** – osoby przed ukończeniem 65. roku życia, które:
 - 1) wykonują Aktywność zawodową lub
 - 2) wykonują Aktywność zawodową, ale są czasowo niezdolne do pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego o Czasowej niezdolności do pracy przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy lub przebywające na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich lub płatnych urloпах wypoczynkowych.
10. **Osoby Nieaktywne Zawodowo** – osoby, które nie wykonują Aktywności zawodowej lub które ukończyły 65. rok życia, lub które nabyły uprawnienie do emerytury lub renty zgodnie z właściwymi przepisami prawa.
11. **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr H10/ST2023.
12. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowane do Ubezpieczyciela lub innych właściwych organów, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
13. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, określona dla każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego w § 5 ust. 1 OWU.
14. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Ubezpieczyciela zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, zgodnie z wybranym przez niego wariantem.
15. **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w tym Ustawy o działalności leczniczej, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj. wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem - w rozumieniu niniejszych OWU - nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.
16. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy:**
 - 1) dla Osób Aktywnych Zawodowo – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek Aktywności zawodowej, powstała na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona orzeczeniem wydanym na okres co najmniej 12 miesięcy przez właściwego lekarza orzecznika (ZUS, KRUS), właściwą komisję lekarską, prawomocnym orzeczeniem lub prawomocnym wyrokiem sądu lub decyzją organu rentowego, zgodnie z właściwymi przepisami prawa, przy czym za datę wystąpienia tego Zdarzenia ubezpieczeniowego uznawana będzie data powstania nieodwracalnej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek Aktywności zawodowej.
 - 2) dla Osób Nieaktywnych Zawodowo – wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
 - a) całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - b) całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - c) całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - d) całkowitej stracie dolnej szczęki, lub
 - e) całkowitej stracie mowy, lub
 - f) całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - g) całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - h) całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - i) całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - j) całkowitej stracie obu nóg, lub
 - k) całkowitej stracie obu stóp, lub
 - l) stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - m) całkowitym paraliżem kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
 - n) całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - o) całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - p) całkowitym paraliżem dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), przy czym za datę wystąpienia tego Zdarzenia ubezpieczeniowego uznawana będzie data zaistnienia którejkolwiek z wyżej wymienionych okoliczności.

17. **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty składki.
18. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
19. **Ubezpieczony** – osoba, której życie, zdrowie lub interes majątkowy jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
20. **Ubezpieczyciel** – CNP Santander Insurance Life DAC (zwane dalej CNPSIL) z siedzibą w Dublin, Irlandia 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, zarejestrowany w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488063 lub CNP Santander Insurance Europe DAC (zwane dalej CNPSIE) z siedzibą w Dublin, Irlandia 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, zarejestrowany w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488062 gwarantujący ochronę ubezpieczeniową zgodnie z zakresem określonym w §4 niniejszych OWU. Obaj Ubezpieczyciele posiadają zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej udzielone przez Central Bank of Ireland oraz notyfikowali działalność ubezpieczeniową na terytorium Polski w Komisji Nadzoru Finansowego i podlegają nadzorowi:
- Central Bank of Ireland w Irlandii oraz
 - Komisji Nadzoru Finansowego w Polsce, w zakresie określonym we właściwych przepisach prawa.
21. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Ubezpieczyciela załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część.
22. **Umowa kredytowa** – umowa o kredyt na zakup towarów i usług, zawierana na odległość, bez jednoczesnej fizycznej obecności obu stron, pomiędzy Klientem i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu na kwotę kredytu nie przekraczającą 50.000,00 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
23. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczającego jako uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.
24. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte Ubezpieczeniem w ramach Umowy, które zaszły w okresie Ubezpieczenia, określone w § 4 OWU.

§ 3. RODZAJ I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie (ubezpieczenia osobowe) oraz interes majątkowy (ubezpieczenie majątkowe) Ubezpieczonego.

§ 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Zakres Ubezpieczenia oferowany przez Ubezpieczyciela dostosowany jest do statusu Ubezpieczonego (Osoba Aktywna Zawodowo albo Osoba Nieaktywna Zawodowo) i wskazany jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, zgodnie z wariantem wybranym przez Ubezpieczającego, spośród wariantów wskazanych w poniższych Tabelach i obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe niezależnie od miejsca ich wystąpienia:

1) dla Osób Aktywnych Zawodowo:

TABELA A

Lp.	Ubezpieczyciel gwarantujący ochronę	Zakres Ubezpieczenia	Wariant
			1
1.	CNP SIL	Śmierć Ubezpieczonego	Tak
2.	CNP SIL	Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Tak
3.	CNP SIL	Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego	Tak
4.	CNP SIE	Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 4 następujące po sobie dni 50%	Tak
5.	CNP SIE	Czasowa niezdolność do pracy	Tak

2) dla Osób Nieaktywnych Zawodowo:

TABELA B

Lp.	Ubezpieczyciel gwarantujący ochronę	Zakres Ubezpieczenia	Wariant
			1
1.	CNP SIL	Śmierć Ubezpieczonego	Tak
2.	CNP SIL	Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Tak
3.	CNP SIL	Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego	Tak
4.	CNP SIE	Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 4 następujące po sobie dni 50%	Tak
5.	CNP SIE	Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 7 następujących po sobie dni 25%	Tak*

* w przypadku Hospitalizacji na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającej, co najmniej 7 następujących po sobie dni świadczenie wypłacane jest niezależnie od świadczenia należnego z tytułu Hospitalizacji na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającej co najmniej 4 następujących po sobie dni.

2. W trakcie trwania Ubezpieczenia możliwa jest zmiana statusu Ubezpieczonego z Osoby Aktywnej Zawodowo na Osobę Nieaktywną Zawodowo lub z Osoby Nieaktywnej Zawodowo na Osobę Aktywną Zawodowo, co skutkuje także zmianą zakresu Ubezpieczenia na odpowiedni dla posiadanego statusu zgodnie z Tabelami A i B (§ 4 ust. 1 OWU). Status Ubezpieczonego (Osoba Aktywna Zawodowo albo Osoba Nieaktywna Zawodowo), do którego dostosowany jest zakres Ubezpieczenia oferowany przez Ubezpieczyciela, weryfikowany jest przez Ubezpieczyciela na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5. OPIS ŚWIADCZEŃ I SUMY UBEZPIECZENIA

1. Poniższa tabela opisuje wysokość świadczeń ubezpieczeniowych dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych oraz powiązane z tym Sumy ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia (na jedno i wszystkie zdarzenia)
1. Śmierć	1) kwota kapitału kredytu pozostała do spłaty, wynikająca z Harmonogramu, obliczana na dzień wymagalności: raty kredytu przypadającej w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w dniu wymagalności, zgodnie z Harmonogramem, raty kredytu) lub najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz 2) kwota odsetek będących częścią raty kredytu, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Jednakże nie wyższe, niż Suma Ubezpieczenia (wskazana w kolumnie obok).	50.000,00 PLN
2. Śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku		50.000,00 PLN
3. Trwała i całkowita niezdolność do pracy		50.000,00 PLN

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia (na jedno i wszystkie zdarzenia)
4. Hospitalizacja na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 4 następujące po sobie dni 50%	1) Pierwsze świadczenie z tytułu Hospitalizacji należne jest po 4 lub po 7 następujących po sobie dniach nieprzerwanej Hospitalizacji w zależności od zakresu ubezpieczenia (patrz § 4 ust. 1) i jest równe: a) w przypadku świadczenia należnego po 4 następujących po sobie dniach nieprzerwanej Hospitalizacji – 50% wysokości jednej miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem na dzień rozpoczęcia Zdarzenia ubezpieczeniowego lub bezpośrednio po nim lub b) w przypadku świadczenia należnego po 7 następujących po sobie dniach nieprzerwanej Hospitalizacji - 25% wysokości jednej miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem na dzień rozpoczęcia Zdarzenia ubezpieczeniowego lub bezpośrednio po nim.	18.000,00 PLN
5. Hospitalizacja na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 7 następujące po sobie dni 25%	2) Kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji wypłacane będą, w wysokości 100% miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem na dzień rozpoczęcia Zdarzenia ubezpieczeniowego lub bezpośrednio po nim, za każde 30 (trzydzieści) następujących po sobie dni nieprzerwanej Hospitalizacji, przebyte po początkowych odpowiednio 4 lub 7 następujących po sobie dniach nieprzerwanej Hospitalizacji, w zależności od posiadanego zakresu Ubezpieczenia (patrz § 4 ust. 1). 3) Maksymalna liczba świadczeń z tytułu Hospitalizacji może wynieść: a) dla jednego zdarzenia Hospitalizacji 6 rat, b) dla wszystkich zdarzeń Hospitalizacji 18 rat. W przypadku równoczesnego posiadania ochrony w zakresie ryzyk Hospitalizacji, o których mowa w § 4 Tabela B pkt 4 i 5 limity te liczą się odrębnie dla każdego ryzyka. 4) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tą samą Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem będą uznawane za tę samą Hospitalizację, chyba, że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 6 miesięcy.	18.000,00 PLN
6. Czasowa niezdolność do pracy	1) Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy należne jest za każde pełne 30 dni potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy. 2) Świadczenie równe jest kwocie miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem na dzień rozpoczęcia Zdarzenia ubezpieczeniowego lub bezpośrednio po nim. 3) Dla jednego zdarzenia Czasowej niezdolności do pracy wypłata może wynieść maksymalnie 6 rat. 4) W przypadku, gdy kolejne Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpi w czasie krótszym niż 6 miesięcy od daty zakończenia poprzedniego Zdarzenia ubezpieczeniowego, świadczenie należne jest od pierwszego dnia kolejnej Czasowej niezdolności do pracy i jest ona traktowana, jako kontynuacja wypłaty poprzedniego świadczenia. 5) Prawo do świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się z dniem wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń:	18.000,00 PLN

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia (na jedno i wszystkie zdarzenia)
	(i) W przypadku pojedynczego zdarzenia Czasowej niezdolności do pracy: a) z upływem 6. (szóstego) 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie, b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy, (ii) W przypadku wielu zdarzeń: a) z upływem 18. (osiemnastego) 30-dniowego okresu, za który należne jest świadczenie z tytułu wszystkich zdarzeń Czasowej niezdolności do pracy, które wystąpiły w trakcie trwania Ubezpieczenia, (iii) Niezależnie od ilości zgłoszonych zdarzeń: a) z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia, b) z dniem uzyskania przez Ubezpieczonego prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, c) z chwilą wypłaty sumy ubezpieczenia w pełnej wysokości, d) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z § 13 OWU.	

- Świadczenie wypłacane jest o ile Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie Ubezpieczenia.
- W przypadku śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, świadczenie zostanie wypłacone niezależnie od świadczenia z tytułu śmierci, zgodnie z wysokością świadczenia określoną w Tabeli w ust. 1.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY, OKRES UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Klient, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat oraz nie ukończył 75 lat w dniu wskazanym w Harmonogramie jako ostateczny dzień spłaty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytowej.
- Klient, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia składki zgodnie z § 7 OWU.
- Ubezpieczenie rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy kredytowej, pod warunkiem opłacenia składki. W przypadku nieopłacenia składki Ubezpieczenie nie rozpocznie się.
- Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta – w przypadku:
1) Umów Ubezpieczenia zawieranych drogą elektroniczną – z dniem potwierdzenia przez Klienta warunków SUU w formie elektronicznej,
2) Umów Ubezpieczenia zawieranych w innym trybie (doręczanych przez kuriera) - z dniem doręczenia Ubezpieczającemu jednego egzemplarza SUU podpisanego przez Agenta w imieniu Ubezpieczyciela, wraz z całą dokumentacją stanowiącą Umowę Ubezpieczenia.
- Jeżeli treść Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, Ubezpieczyciel przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
- W przypadku określonym w ust. 5 powyżej, jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od dnia doręczenia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z treścią Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
- Okres Ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania.

§ 7. SKŁADKA

- Wysokość składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona przez każdego z Ubezpieczycieli w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Wysokość składki jest ustalana przez każdego z Ubezpieczycieli po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwzględnieniem wariantu Ubezpieczenia, okresu Ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia.
- Składka płatna jest z przez Ubezpieczającego w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego w chwili zawarcia Umowy kredytowej.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty składki w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

§ 8. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia można dokonać w jeden z poniższych sposobów:
 - 1) pisemnie - na adres:
 - a) CNP Santander Insurance Life DAC i/lub CNP Santander Insurance Europe DAC,
 - 4 Piętro, ul. Konstruktorska 12a, 02-673 Warszawa lub
 - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irlandia,
 - b) Santander Consumer Bank S.A., ul. Legnicka 48 B, 54-202 Wrocław,
 - 2) osobiście – w jednej z placówek Santander Consumer Bank S.A.,
 - 3) pocztą elektroniczną – przesyłając e-mail na adres: roszczenia@cnp-santander.pl,
 - 4) telefonicznie pod numerem: (0) 801 88 99 79 lub (22) 270 30 70.
2. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Agentowi lub Ubezpieczycielowi dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu.

Wymagane dokumenty	Zakres ubezpieczenia			
	A	B	C	D
1) Wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Ubezpieczyciela lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane niezbędne do ustalenia okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	•	•	•	•
2) kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	•	•	•	•
3) Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego (oryginał lub kopia potwierdzona przez Agenta)	•			
4) Statystyczna karta zgonu lub inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu (oryginał lub kopia potwierdzona przez Agenta)	•			
5) Kopia dokumentów sporządzonych przez Policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie (o ile ma zastosowanie)	•	•	•	•
6) Kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego potwierdzającej przyczynę zdarzenia, w zakresie, w jakim jest on (lub uposażony/zgłaszający roszczenie) w jej posiadaniu, w tym: <ul style="list-style-type: none"> • karta wypisowa ze Szpitala w przypadku Hospitalizacji, • informacje o stanie zdrowia, diagnostyce lekarskiej, zastosowanym leczeniu, w tym operacjach wraz z wynikami badań, • kopia dokumentacji medycznej dot. daty rozpoznania choroby będącej przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku zgonu 	•	•	•	•
7) Kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, jeżeli zdarzenie jest związane z wypadkiem przy pracy	•	•	•	•
8) Kopia zwolnienia lekarskiego, orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenia wydanego przez lekarza orzecznika KRUS, lub inny organ uprawniony do orzekania w zakresie niezdolności do pracy			•	
9) Kopia dowodu Aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (o ile ma zastosowanie)		•	•	•
10) Orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską lub prawomocne orzeczenie, lub prawomocny wyrok sądu, lub decyzję organu rentowego w sprawie ustalenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu		•		
A – Śmierć (w tym Śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku) C – Czasowa niezdolność do pracy	B – Trwała i całkowita niezdolność do pracy D – Hospitalizacja na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku			

3. Dodatkowe informacje:
 - 1) Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do Policji, prokuratury, sądu lub innych organów ścigania i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkowe informacje celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia, a także - za pisemną zgodą Ubezpieczonego - do podmiotów wykonujących działalność leczniczą

- 2) W rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonego w zakresie określonym w przepisie art. 38 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w zgodzie wyrażonej przez Ubezpieczonego.
- 2) W przypadku Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczony, o ile nie wynika to z przedłożonych dokumentów, ma obowiązek dostarczenia co miesiąc dokumentów potwierdzających Czasową niezdolność do pracy, w celu potwierdzenia zasadności kontynuacji wypłaty świadczenia.
4. Wypłata świadczenia:
 - 1) Ubezpieczyciel jest zobowiązany spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie określonym w pkt 1 powyżej.

§ 9. BADANIE LEKARSKIE

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Ubezpieczyciela w zakresie określonym w zdaniu drugim niniejszego paragrafu. Ubezpieczony jest zobowiązany na koszt Ubezpieczyciela poddawać się w trakcie postępowania likwidacyjnego badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia.

§ 10. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

1. Ubezpieczający ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez doręczenie do Ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia w każdy sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczającego,
 - 2) numer Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia,
 - 3) imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwa podmiotu),
 - 4) data urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
 - 5) adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: adres siedziby podmiotu),
 - 6) PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną NIP),
 - 7) udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.
3. W przypadku niewskazania Uposażonego lub podania danych uniemożliwiających ustalenie Uposażonego świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 5 poniżej.
4. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
5. W przypadku braku Uposażonych uprawnionych do świadczenia, świadczenie otrzyma małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

§ 11. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Wyłączenia ogólne:

1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych na skutek:
 - 1) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) Czasowej niezdolności do pracy i/lub Hospitalizacji będących wynikiem ciąży i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia rozpoczęcia Ubezpieczenia,
 - 4) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, powstania, zamieszek społecznych, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego lub nuklearnego, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz świadomego udziału Ubezpieczonego w dowolnym działaniu przestępczym, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych substancji w momencie zajścia Zdarzenia

ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było bezpośrednią przyczyną danego Zdarzenia ubezpieczeniowego,

7) katastrof naturalnych, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wyłączenia dodatkowe:

2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego jest związana z chorobami zakwalifikowanymi w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy wystąpiła wskutek:
 - 1) chorób zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD- 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99),
 - 2) niesprawności niepotwierdzonej badaniami lekarskimi,
 - 3) wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, niepotwierdzonych wynikami badań obrazowych.
4. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego powstała na skutek:
 - 1) chorób zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99),
 - 2) wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, niepotwierdzonych wynikami badań obrazowych,
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 4) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych Ubezpieczeniem,
 - 5) wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy lekarz nie stwierdził w formie pisemnej oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - 6) infekcji powstałych w trakcie Hospitalizacji,
 - 7) jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala.
5. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli okres Czasowej niezdolności do pracy trwał krócej niż 30 dni.

§ 12. ODSTĄPIENIE LUB REZYGNACJA Z (WYPOWIEDZENIE) UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku Umów Ubezpieczenia zawieranych na odległość Ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy Ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia Ubezpieczającym informacji wymaganych przy składaniu propozycji zawarcia Umowy Ubezpieczenia przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa regulujące zawieranie umów ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy.
2. Ubezpieczający ma prawo do rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia w każdym czasie.
3. Oświadczenie o odstąpieniu lub rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia może zostać złożone w formie pisemnego wniosku doręczonego Agentowi lub bezpośrednio Ubezpieczycielowi, lub w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej w formie elektronicznej – także w formie kopii (skanu) pisemnego wniosku przesłanego drogą elektroniczną. Oświadczenia, o których mowa powyżej, powinny zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczającego, numer PESEL oraz numer Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta (zgodnie z postanowieniami §13), Ubezpieczającemu lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia zwrot składki przysługuje w całości. Zwrot zostanie dokonany niezwłocznie nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania od Ubezpieczającego oświadczenia woli w przedmiocie odstąpienia lub rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia.
5. Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie trwania Ubezpieczenia spełnienie świadczenia spowodowało wyczerpanie Sumy ubezpieczenia.
6. Złożenie oświadczenia o odstąpieniu lub rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy ubezpieczenia do jednego z Ubezpieczycieli jest traktowane jak złożenie go do obydwu Ubezpieczycieli równocześnie i skutkować będzie rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia w całości (z obydwoma Ubezpieczycielami). Nie ma możliwości częściowego rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

§ 13. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczenie w stosunku do każdego Ubezpieczonego wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:
 - 1) upływu okresu, za który została opłacona składka,
 - 2) śmierci Ubezpieczonego,

- 3) stwierdzenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego - w przypadku wypłaty świadczenia w pełnej wysokości z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
- 4) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia, z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia,
- 5) z upływem okresu wskazanego w Harmonogramie, na jaki został udzielony kredyt na podstawie Umowy kredytowej,
- 6) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy kredytowej,
- 7) Z dniem wcześniejszego zakończenia Umowy kredytowej..

§ 14. REKLAMACJE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie - na adres:
 - CNP Santander Insurance Life DAC i/lub CNP Santander Insurance Europe DAC,
 - 4 Piętro, ul. Konstruktorska 12a, 02-673 Warszawa lub
 - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irlandia,
 - 2) pocztą elektroniczną – przesyłając e-mail na adres: reklamacje@cnpssantander.pl,
 - 3) telefonicznie pod numerem: (0) 801 88 99 79 lub (22) 270 30 70.
2. Osobą właściwą do rozpatrywania reklamacji z ramienia Ubezpieczyciela jest dyrektor operacyjny.
3. Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 3, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Ubezpieczyciel poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując i wyjaśniając przyczynę opóźnienia, wskazując okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.
5. O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Ubezpieczyciela w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
6. Jeżeli osoba fizyczna, która wystąpiła z Reklamacją, wyczerpała wszystkie możliwości rozstrzygnięcia kwestii będącej przedmiotem sporu na drodze dialogu z Ubezpieczycielem, wówczas taka osoba fizyczna ma prawo do wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub z powództwem do sądu powszechnego.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia będący konsumentem może również zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
8. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów jest:
 - Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (strona www: https://www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny),
 - Rzecznik Finansowy (strona www: www.rf.gov.pl/).

§ 15. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

Z zastrzeżeniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych OWU, a postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, rozstrzygają postanowienia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.

§ 16. PODATKI

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dniu wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych i Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

§ 17. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową Ubezpieczenia powinny być przekazane do Ubezpieczyciela pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. Korespondencja wysyłana przez Ubezpieczyciela do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatnio wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

§ 18. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW

1. Do Umów Ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych OWU stosuje się prawo polskie. W sprawach

nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednie przepisy prawa, w tym Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

2. Wszelka korespondencja pomiędzy stronami Umowy Ubezpieczenia powinna być prowadzona w języku polskim.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
4. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 19. AKTUALIZACJA INFORMACJI

Ubezpieczający i Ubezpieczyciel są zobowiązani do niezwłocznego informowania siebie nawzajem o zmianach swoich danych, a Ubezpieczający także o zmianach danych Uposażonego w zakresie:

- 1) danych kontaktowych (w szczególności adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
- 2) danych identyfikacyjnych (w szczególności imię i nazwisko, numer PESEL).

Informacje o zmianach powinny być przekazane pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

§ 20. POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest ogłaszane przez Ubezpieczyciela na stronie internetowej Ubezpieczyciela, o ile jest to wymagane przez przepisy prawa.

Dublin, 16 stycznia 2023 r.