

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr K03/PAZ2017 Karty Kredytowe

Informacja dotycząca ubezpieczenia w ramach Ogólnych Warunków Ubezpieczenia numer K03/PAZ2017

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. **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.
6. **Karta** – karta kredytowa wydana przez Santander Consumer Bank S.A., funkcjonująca w oparciu o przyznany

- w Umowie Limit kredytowy, stanowiąca własność Santander Consumer Bank S.A.
7. **Limit kredytowy** – określona przez Santander Consumer Bank S.A. dopuszczalna kwota, na jaką Posiadacz Karty może się zadłużyć. Limit kredytowy jest ustalany indywidualnie dla każdego Posiadacza Karty. Kwota Limitu kredytowego jest zawsze wielokrotnością stu złotych (100 zł).
 8. **Minimalna kwota spłaty** – kwota wymaganej spłaty minimalnej wskazana w Zestawieniu.
 9. **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.
 10. **Okres rozliczeniowy** – powtarzalny okres miesięczny (za wyjątkiem pierwszego okresu, który może być krótszy niż miesiąc) kończący się w dniu, w którym generowane jest Zestawienie, przy czym pierwszy Okres rozliczeniowy rozpoczyna się w dniu wejścia w życie Umowy, a każdy kolejny w dniu następującym po dniu wygenerowania Zestawienia.
 11. **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 urlopach macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich lub płatnych urlopach wypoczynkowych.
 12. **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.
 13. **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr K03/PAZ2017.
 14. **Plan spłat ratalnych** – plan spłat ratalnych uruchomiony w ramach Limitu kredytowego opisany w regulaminie Karty.
 15. **Posiadacz Karty** – osoba fizyczna (konsument) posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Santander Consumer Bank S.A. Umowę.
 16. **Poważne zachorowanie** – nowotwór złośliwy, zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek, przeszczep narządów rozumiane zgodnie z poniższymi definicjami, zdiagnozowane w okresie ubezpieczenia:
 - 1) **nowotwór (guz) złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
 - c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - d) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
 - 2) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
 Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
 - 3) **udar mózgu** – martwice tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzonych w badaniu neurologicznym w okresie 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).
 Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk podurazowych,
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.
 - 4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.
 - 5) **przeszczepianie narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - b) szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
 Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej

- niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
17. **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.
 18. **Saldo zadłużenia** – kwota zadłużenia na rachunku Karty Posiadacza Karty, na którą składają się: suma salda wynikającego z transakcji dokonanych Kartą i opłat oraz odsetki, z wyłączeniem sumy salda zadłużenia wynikającego z Planu spłat ratalnych. Saldo zadłużenia nie może być wyższe niż Limit kredytowy.
 19. **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego zarejestrowanego jako bezrobotny we właściwym urzędzie, w rozumieniu Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych. Dzień uzyskania Statusu bezrobotnego wskazany jest w decyzji wydanej przez właściwy urząd.
 20. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, określona dla każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego w § 5 ust. 1 OWU.
 21. **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.
 22. **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 całonocnych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem - w rozumieniu niniejszych OWU – nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.
 23. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy:**
 - 1) **dla Osób Aktywnych Zawodowo** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek 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 jakiegokolwiek 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 paraliżu 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 paraliżu dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), przy czym za datę wystąpienia tego Zdarzenia ubezpieczeniowego uznawana będzie data zaistnienia którejkolwiek z wyżej wymienionych okoliczności.
 24. **Ubezpieczający** – Posiadacz Karty, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty składek.
 25. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
 26. **Ubezpieczony** – osoba, której życie, zdrowie lub interes majątkowy jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
 27. **Ubezpieczyciel** – CNP Santander Insurance Life DAC (zwane dalej CNPSIL) z siedzibą w Dublin, Irlandia 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, 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, 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.
 28. **Umowa** – umowa o przyznanie Limitu kredytowego i wydanie Karty, zawierana pomiędzy Posiadaczem Karty i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
 29. **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.
 30. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczającego jako uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.
 31. **Utrata pracy** – zakończenie Aktywności zawodowej z przyczyn nieleżących po stronie Ubezpieczonego, po której nastąpiło uzyskanie Statusu bezrobotnego. Utrata pracy nie dotyczy Ubezpieczonych wykonujących Aktywność zawodową wskazaną w ust. 2 pkt 4 powyżej. Ponadto:
 - 1) W przypadku wykonywania Aktywności zawodowej wskazanej w ust. 2 pkt 1) i 2) przez Utratę pracy rozumie się zakończenie wykonywania Aktywności zawodowej z przyczyn nieleżących po stronie Ubezpieczonego na zasadach przewidzianych w przepisach prawa pracy i, odpowiednio, przepisach prawa cywilnego, skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego;
 - 2) W przypadku wykonywania Aktywności zawodowej wskazanej w ust. 2 pkt 3) przez Utratę pracy rozumie się zakończenie wykonywania Aktywności zawodowej polegające na zaprzestaniu prowadzenia działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej i wykreśleniu wpisu z ewidencji działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub dotyczącej wykonywania określonego zawodu, lub uprawomocnieniu się postanowienia o ogłoszeniu upadłości osoby prowadzącej działalność gospodarczą lub uprawomocnieniu się postanowienia sądu oddalającego wnioski o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego w sytuacji, gdy:
 - a) w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony prowadzący działalność gospodarczą (w tym rolniczą) lub zawodową ponosił stratę, albo
 - b) Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej wskutek obowiązywania na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie takiej działalności przez Ubezpieczonego.
 32. **Wartość początkowa Planu spłat ratalnych** – wartość początkowa salda zadłużenia rozłożonego na raty w ramach Planu spłat ratalnych.
 33. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte Ubezpieczeniem w ramach Umowy, które zaszły w okresie Ubezpieczenia, określone w § 4 OWU.
 34. **Zestawienie** – miesięczne zestawienie transakcji oraz operacji z rachunku Karty, zawierające m.in. informacje o wysokości i terminie spłaty Minimalnej kwoty spłaty oraz o numerze rachunku Karty przeznaczonego do spłaty, udostępniane przez Santander Consumer Bank S.A. nieodpłatnie Posiadaczowi Karty w internetowym serwisie kart kredytowych.
- ### § 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	2
1.	CNP SIL	Śmierć Ubezpieczonego	Tak	Tak
2.	CNP SIL	Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Tak	Tak
3.	CNP SIL	Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego	Tak	Tak
4.	CNP SIE	Utrata pracy	Tak	Tak
5.	CNP SIE	Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 4 doby 100 %	Tak	Tak
6.	CNP SIE	Czasowa niezdolność do pracy	Tak	Tak
7.	CNP SIE	Operacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku określone w Tabeli C	Tak	Tak
8.	CNP SIL	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	Nie	Tak

2) dla Osób Nieaktywnych Zawodowo:

TABELA B

Lp.	Ubezpieczyciel gwarantujący ochronę	Zakres Ubezpieczenia	Wariant	
			1	2
1.	CNP SIL	Śmierć Ubezpieczonego	Tak	Tak
2.	CNP SIL	Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Tak	Tak
3.	CNP SIL	Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego	Tak	Tak
4.	CNP SIE	Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 4 doby 100%	Tak*	Tak*
5.	CNP SIE	Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 4 doby 50%	Tak*	Tak*
6.	CNP SIE	Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 7 dob 25%	Tak*	Tak*
7.	CNP SIE	Operacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku określone w Tabeli C	Tak	Tak
8.	CNP SIL	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	Nie	Tak

* w przypadku Hospitalizacji na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego, o których mowa w pkt 4, 5 i 6 świadczenia wypłacane są niezależnie od siebie.

- 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.
- O ile Ubezpieczony nie świadczył pracy na podstawie stosunku pracy u tego samego pracodawcy lub nie świadczył usług na podstawie umowy cywilnoprawnej dla tego samego kontrahenta lub nie prowadził działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej przez co najmniej sześć miesięcy w sposób ciągły przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Utraty Pracy uznaje się, że został on objęty Ubezpieczeniem zgodnie z Tabelą B (§ 4 ust. 1 OWU).

§ 5. OPIS ŚWIADCZEŃ I SUMY UBEZPIECZENIA

- 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) w odniesieniu do każdego Planu spłat ratalnych: Wartość początkowa Planu spłat ratalnych oraz składki w odniesieniu do danego Planu spłat ratalnych za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.	50.000,00 PLN
2. Śmierć na skutek nieszczęśliwego wypadku		50.000,00 PLN
3. Trwała i całkowita niezdolność do pracy	2) w odniesieniu do Salda zadłużenia: Saldo zadłużenia obliczone na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz składki w odniesieniu do Salda zadłużenia za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.	50.000,00 PLN
4. Poważne zachorowanie		50.000,00 PLN

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia (na jedno i wszystkie Zdarzenia)
5. Utrata pracy	1) Świadczenie wynosi 100% wartości określonej zgodnie z ust. 5 niniejszego paragrafu oddzielnie dla Planu spłat ratalnych oraz Salda zadłużenia i należne jest po 30 dniach posiadania Statusu bezrobotnego. 2) Dla jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego wypłata może wynieść maksymalnie: <ol style="list-style-type: none"> 3 miesięczne świadczenia – w sytuacji, gdy Utrata pracy nastąpiła w wyniku rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron bez wskazania przyczyny rozwiązania tej umowy, 6 miesięcznych świadczeń – w sytuacjach innych niż Utrata pracy w wyniku rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron bez wskazania przyczyny rozwiązania tej umowy określonych w § 2 ust. 31. 3) W przypadku, gdy kolejne Zdarzenie ubezpieczeniowe Utraty pracy wystąpi w czasie krótszym niż 6 miesięcy od daty zakończenia poprzedniego Zdarzenia ubezpieczeniowego Utraty pracy, świadczenie należne jest od pierwszego dnia kolejnej Utraty pracy i jest ona traktowana, jako kontynuacja wypłaty poprzedniego świadczenia. 4) Prawo do świadczenia z tytułu Utraty pracy kończy się z dniem wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń: <ol style="list-style-type: none"> W przypadku pojedynczego Zdarzenia ubezpieczeniowego Utraty pracy: <ol style="list-style-type: none"> z upływem 3. (trzeciego) lub odpowiednio 6. (szóstego) - zgodnie z pkt 2 - 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego Utraty pracy, z dniem utraty prawa do zasiłku, W przypadku wielu Zdarzeń ubezpieczeniowych: <ol style="list-style-type: none"> z upływem 18. (osiemnastego) 30-dniowego okresu, za który należne jest świadczenie z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych Utraty pracy, które wystąpiły w trakcie trwania Ubezpieczenia, Niezależnie od ilości zgłoszonych Zdarzeń ubezpieczeniowych: <ol style="list-style-type: none"> z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia, z dniem uzyskania przez Ubezpieczonego prawa do emerytury lub renty zgodnie z właściwymi przepisami prawa, z chwilą wypłaty Sumy ubezpieczenia w pełnej wysokości, z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z § 13 OWU. 	18.000,00 PLN

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia (na jedno i wszystkie Zdarzenia)
6. Hospitalizacja na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 4 doby 100%	1) Pierwsze świadczenie z tytułu Hospitalizacji należne jest po 4 lub 7 dobach nieprzerwanej Hospitalizacji w zależności od posiadanego zakresu Ubezpieczenia (patrz § 4 ust. 1) i jest równe: a) w przypadku Hospitalizacji trwającej co najmniej 4 doby 100% (Tabela A pkt 5 i Tabela B pkt 4) - 100% świadczenia, określonego zgodnie z ust. 5 niniejszego paragrafu, oddzielnie dla Planu spłat ratalnych oraz Salda zadłużenia, b) w przypadku Hospitalizacji trwającej co najmniej 4 doby 50% (Tabela B pkt 5) - 50% świadczenia, określonego zgodnie z ust. 5 niniejszego paragrafu, oddzielnie dla Planu spłat ratalnych oraz Salda zadłużenia, c) w przypadku Hospitalizacji trwającej co najmniej 7 dób 25% (Tabela B pkt 6) - 25% świadczenia, określonego zgodnie z ust. 5 niniejszego paragrafu, oddzielnie dla Planu spłat ratalnych oraz Salda zadłużenia.	18.000,00 PLN
7. Hospitalizacja na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 4 doby 50%	2) Kolejne świadczenia z tytułu każdej Hospitalizacji wypłacane będą w wysokości 100%, za każde 30 (trzydzieści) następujących po sobie dób nieprzerwanej Hospitalizacji, przebytych po początkowych odpowiednio 4 lub 7 dobach nieprzerwanej Hospitalizacji, w zależności od posiadanego zakresu Ubezpieczenia (patrz § 4 ust. 1).	18.000,00 PLN
8. Hospitalizacja na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 7 dób 25%	3) Maksymalna liczba świadczeń z tytułu Hospitalizacji może wynieść: a) dla jednego zdarzenia ubezpieczeniowego Hospitalizacji 6 świadczeń, b) dla wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych Hospitalizacji 18 świadczeń. W przypadku równoczesnego posiadania ochrony w zakresie ryzyk Hospitalizacji, o których mowa w § 4 Tabela B pkt 4 i 5 (wariant 3 i 4) limity te liczą się odrębnie dla każdego ryzyka.	18.000,00 PLN
	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.	
9. Czasowa niezdolność do pracy	1) 100% świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy należne jest za każde pełne 30 dni potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy. 2) Wysokość świadczenia określona jest zgodnie z ust. 5 niniejszego paragrafu oddzielnie dla Planu spłat ratalnych oraz Salda zadłużenia. 3) Dla jednego zdarzenia ubezpieczeniowego Czasowej niezdolności do pracy wypłata może wynieść maksymalnie 6 świadczeń.	

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia (na jedno i wszystkie Zdarzenia)
	4) W przypadku, gdy kolejne Zdarzenie ubezpieczeniowe Czasowej niezdolności do pracy wystąpi w czasie krótszym niż 6 miesięcy od daty zakończenia poprzedniego Zdarzenia ubezpieczeniowego Czasowej niezdolności do pracy, 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: (i) W przypadku pojedynczego zdarzenia ubezpieczeniowego 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 ubezpieczeniowych: a) z upływem 18. (osiemnastego) 30-dniowego okresu, za który należne jest świadczenie z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych Czasowej niezdolności do pracy, które wystąpiły w trakcie trwania Ubezpieczenia, (iii) Niezależnie od ilości zgłoszonych Zdarzeń ubezpieczeniowych: 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.	18.000,00 PLN
10. Operacja na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Wysokość świadczenia jest równa iloczynowi 100% świadczenia określonego zgodnie z ust. 5 niniejszego paragrafu oddzielnie dla Planu spłat ratalnych oraz Salda zadłużenia, oraz liczby określonej w Tabeli C, jako liczba należnych świadczeń w zależności od rodzaju operacji lub zabiegu chirurgicznego.	18.000,00 PLN

- 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.
- Z tytułu każdego z Poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 16 OWU, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jednokrotnie w czasie trwania Ubezpieczenia.
- Wysokość świadczenia określonego w ust. 1 w Tabeli w pkt 5 – 10 należy rozumieć jako:
 - w odniesieniu do Planu Spłat Ratalnych – wysokość raty spłaty danego Planu spłat ratalnych, ustalonej zgodnie z jego pierwotnym harmonogramem, na dzień generowania Zestawienia za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe lub jeżeli odroczone spłatę raty danego Planu spłat ratalnych, w okresie odroczenia – wysokość pierwszej raty spłaty danego Planu spłat ratalnych ustalonej zgodnie z jego pierwotnym harmonogramem,
 - w odniesieniu do Salda zadłużenia – wartość Minimalnej kwoty spłaty Salda zadłużenia, ustalonego na dzień generowania Zestawienia za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.

TABELA C

Operacje Ubezpieczonego na skutek Niez szczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Niez szczęśliwego wypadku	Wysokość świadczenia wyrażona jako liczba Minimalnych kwot spłaty
JAMA BRZUSZNA	
- wyłonienie czasowej przetoki na jelicie grubym	5
- odcinkowa resekcja jelita cienkiego	4
- zszycie żołądka	3
- zespolenie żołądkowo-jelitowe	4
- zszycie uszkodzonej wątroby	5
- rozwiązanie ciąży z powodu urazu	4
- usunięcie śledziony	4
- otwarcie zwiadowcze jamy brzusznej	3
- laparoscopia diagnostyczna	1
- leczenie operacyjne urazu drążącego trzustki	6
- laparotomia zwiadowcza	2
KRWIAK	
- nacięcie pourazowego krwiaka nadpowięziowego	1
- nacięcie pourazowego krwiaka podpowięziowego	2
AMPUTACJA LUB REIMPLANTACJA	
- palców rąk i palucha – każdy	1
- palców stopy innych niż paluch – dwóch i więcej	1
- dłoni lub stopy	2
- podudzia lub przedramienia	3
- uda lub ramienia	4
- uda na wysokości stawu biodrowego lub ramienia w stawie ramiennym	5
- częściowa dwóch kończyn, powyżej dłoni lub stopy	7
KŁATKA PIERSIOWA	
- drenaż opłucnej	1
- resekcja tkanki płucnej	4
- resekcja płuca	5
- torakoscopia zwiadowcza	1
- operacyjna stabilizacja klatki piersiowej	3
- czasowa stabilizacja klatki piersiowej za pomocą respiratora	2
- tracheostomia	1
- zszycie rozerwanej tchawicy	5
- odbarczenie tamponady serca	5
- zastosowanie krążenia pozaustrojowego w wyniku urazu	7
- założenie stentgraftu przy rozwarstwieniu aorty zstępującej	7
BRONCHOSKOPIA	
- aspiracyjna, w tym usunięcie ciała obcego	1
- operacyjna	2
PRZEŁYK	
- operacja zwężenia poprzez torakotomię	5
- operacje endoskopowe	1
OKO	
- operacja w wyniku urazu drążącego gałki ocznej powodującego ślepotę	7
- usunięcie zaćmy	4

Operacje Ubezpieczonego na skutek Niez szczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Niez szczęśliwego wypadku	Wysokość świadczenia wyrażona jako liczba Minimalnych kwot spłaty
- zszycie rogówki	1
- korekcja zezów	3
- usunięcie gałki ocznej	3
UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY	
- usunięcie nerki	5
- zaopatrzenie uszkodzonej nerki	4
- częściowa amputacja lub reimplantacja prącia lub jądra	3
- amputacja lub reimplantacja całego prącia lub obu jąder	7
- usunięcie macicy	4
- zszycie pęcherza moczowego	3
- zszycie cewki moczowej	2
STAWY I ZWICHNIĘCIA	
- punkcja pourazowego krwiaka stawu	1
- artroskopia stawu biodrowego, łokciowego, ramiennego lub kolanowego	3
Wycięcie, umocowanie operacyjne, wyłuszczenie w stawie lub plastyka:	
- stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	5
- stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	3
Leczenie operacyjne zwichnięć:	
- palców rąk i nóg – każdy	1
- stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	1
- żuchwy	1
- stawu biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem rzepki	2
- rzepki	1
PUNKCJA	
- klatki piersiowej lub pęcherza moczowego, z wyłączeniem cewnikowania	1
- błony bębenkowej, stawu lub kręgosłupa	1
CZASZKA	
- otwarcie jamy czaszki, z wyłączeniem trepanacji i nakłucia	7
- repozycja wgłobienia kości, trepanacja lub odbarczenie	2
ZŁAMANIA	
Umocowanie operacyjne lub zespolenie złamania proste:	
- obręczy barkowej lub przedramienia – jedna kość	1
- kości guzicznej, kości skokowej, kości śródstopia – dwóch i więcej, kości piętowej	1
- uda	3
- ramienia	2
- palców rąk lub palucha u nogi – każdy	1
- przedramienia – dwie kości, rzepki lub miednicy, niewymagające stosowania wyciągu	2
- podudzia – dwie kości – powyżej szczeliny stawu piszczelowo-skokowego	2
- żuchwy	2
- śródreżca, nosa, żeber – dwóch lub więcej lub mostka	1
- miednicy – wymagające wyciągu	3
- kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy	1
- kręgu – złamanie kompresyjne – jedno lub więcej	2
- nadgarstka i stępu	1

Operacje Ubezpiezonego na skutek Niezszczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny Ubezpiezonego na skutek Niezszczęśliwego wypadku	Wysokość świadczenia wyrażona jako liczba Minimalnych kwot spłaty
Leczenie złamania złożonego otwartego:	Powyższe współczynniki wysokości świadczenia zwiększają się o połowę

§ 6. ZAWARCIE UMOWY, OKRES UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Posiadacz Karty, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat, a nie ukończył 70 lat.
- Posiadacz Karty, 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 pod warunkiem zapłaty, zgodnie z § 7 OWU, składki należnej za pierwszy miesiąc obowiązywania Umowy Ubezpieczenia (odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu). W przypadku nieopłacenia składki Ubezpieczenie nie rozpocznie się.
- Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta 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 następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
- Celem Ubezpieczenia jest zapewnienie Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przez cały okres korzystania z Karty. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na jeden rok z możliwością jej przedłużenia na kolejne roczne okresy. Z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej, Umowa Ubezpieczenia może zostać przedłużona na dotychczasowych warunkach, na zasadach określonych w ust. 8 poniżej lub na zmienionych warunkach, na zasadach określonych w ust. 9 poniżej, przy czym zmiany w warunkach Ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone wyłącznie z ważnych przyczyn, którymi są: zmiany przepisów prawa i regulacji nadzorczych dotyczących Ubezpieczenia lub zmiana dokonywanej przez Ubezpieczyciela oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Jeżeli warunki Ubezpieczenia nie uległy zmianie, Umowa Ubezpieczenia jest automatycznie przedłużona na kolejny rok, o ile Ubezpieczający poprzez zapłatę, zgodnie z § 7 OWU, składki należnej za pierwszy miesiąc obowiązywania przedłużonego Ubezpieczenia (odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu) potwierdził chęć kontynuowania Ubezpieczenia na niezmiennych warunkach, z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej.
- W przypadku, gdy warunki Ubezpieczenia mające obowiązywać w kolejnym okresie Ubezpieczenia ulegają zmianie, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego, pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w SUU, o zmianach warunków Ubezpieczenia nie później niż na 60 dni przed końcem bieżącego okresu Ubezpieczenia. Ubezpieczający może, poprzez zapłatę, zgodnie z § 7 OWU, składki należnej za pierwszy miesiąc obowiązywania przedłużonego Ubezpieczenia (odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu), wyrazić zgodę na kontynuowanie Ubezpieczenia na tych zmienionych warunkach, z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej.
- W przypadku braku zapłaty, zgodnie z § 7 OWU, składki należnej za pierwszy miesiąc obowiązywania przedłużonego Ubezpieczenia (odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu), Umowa Ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem bieżącego okresu Ubezpieczenia.
- Umowa Ubezpieczenia może nie zostać przedłużona na kolejny rok, jeżeli na 60 dni przed końcem bieżącego okresu Ubezpieczenia którakolwiek ze stron złoży oświadczenie o nie przedłużeniu Umowy Ubezpieczenia na kolejny okres pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w SUU, z zastrzeżeniem § 13 ust. 2 OWU.

§ 7. SKŁADKA

- Składka ubezpieczeniowa opłacana jest przez Ubezpieczającego miesięcznie w dniu wskazanym w udostępnionym Posiadaczowi Karty Zestawieniu odpowiadającemu Okresowi rozliczeniowemu, za który składka jest należna.
- Składka ubezpieczeniowa obliczana jest jako suma składki ubezpieczeniowej w odniesieniu do Salda zadłużenia i składki ubezpieczeniowej w odniesieniu do uruchomionego w ramach Limitu kredytowego Planu spłat ratalnych, gdzie:
 - składka ubezpieczeniowa w odniesieniu do Salda zadłużenia obliczana jest jako iloczyn łącznej stawki ubezpieczeniowej wskazanej w SUU oraz Salda zadłużenia, obliczona na dzień generowania Zestawienia odpowiadającego Okresowi rozliczeniowemu, za który składka jest należna;
 - składka ubezpieczeniowa w odniesieniu do uruchomionego w ramach Limitu kredytowego Planu spłat ratalnych obliczana jest jako iloczyn łącznej stawki ubezpieczeniowej wskazanej w SUU oraz Wartości początkowej Planu spłat ratalnych.
- Wysokość składki jest ustalana przez każdego z Ubezpieczycieli po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwzględnieniem wariantu Ubezpieczenia, okresu Ubezpieczenia, wieku Ubezpiezonego oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty składki w wysokości wskazanej w odpowiednim Zestawieniu.

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

- Zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia można dokonać w jeden z poniższych sposobów:
 - pisemnie - na adres:
 - CNP Santander Insurance Life DAC i/lub CNP Santander Insurance Europe DAC,
 - 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa lub
 - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, Irlandia,
 - Santander Consumer Bank S.A., ul. Legnicka 48 B, 54-202 Wrocław,

- osobiście – w jednej z placówek Santander Consumer Bank S.A.,
 - pocztą elektroniczną – przysyłając e-mail na adres: roszczenia@pl.cnpsantander.com,
 - telefonicznie pod numerem: (0) 801 88 99 79.
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	E	F	G
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 Ubezpiezonego (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 Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu		●					
11) Kopia świadectwa pracy lub innego dokumentu potwierdzającego ustanie Aktywności zawodowej							●
12) Zaświadczenie o Statusie bezrobotnego z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych							●

13) Oświadczenie Ubezpieczonego o braku pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia z: a) osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub b) współnikiem w spółce osobowej, lub c) udziałowcem w spółce kapitałowej posiadającym ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych (nie dotyczy sytuacji, kiedy akcje przedsiębiorstwa notowane są na giełdzie papierów wartościowych)							●
A - Śmierć (w tym Śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku) C - Czasowa niezdolność do pracy E - Operacja lub zabieg chirurgiczny na skutek Nieszczęśliwego wypadku F - Poważne zachorowanie	B - Trwała i całkowita niezdolność do pracy D - Hospitalizacja na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku G - Utrata pracy						

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 w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu w zakresie określonym w przepisie art. 38 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w zgodzie wyrażonej przez Ubezpieczonego.
- 2) W przypadku Utraty pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczony, o ile nie wynika to z przedłożonych dokumentów, ma obowiązek dostarczenia co miesiąc dokumentów potwierdzających odpowiednio Status bezrobotnego lub 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

- 2) lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
- 3) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 4) Choroby lub niepełnosprawności fizycznej (z wyłączeniem niepełnosprawności psychicznej i intelektualnej) Ubezpieczonego zdiagnozowanych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia Ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego - w ciągu pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia Ubezpieczenia,
- 5) 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,
- 6) 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,
- 7) 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,
- 8) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zazywane 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 bezpośrednio przyczyną danego Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 9) 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. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja lub zabieg chirurgiczny na skutek Nieszczęśliwego wypadku wynika z:
 - 1) chorób zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99),
 - 2) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 3) jakiegokolwiek leczenia szpitalnego bądź zabiegu chirurgicznego z powodu Choroby,
 - 4) infekcji powstałych w trakcie Hospitalizacji,
 - 5) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych Ubezpieczeniem,
 - 6) wykonania 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,
 - 7) wszelkich uszkodzeń ciała powstałych przed datą objęcia Ubezpieczonego Ubezpieczeniem,
 - 8) uszkodzenia ciała wywołanego lub pozostającego w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania przez uprawnione osoby i organy,
 - 9) pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej,
 - 10) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, rozumianych jako przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób.
6. Dodatkowo świadczenie z tytułu Utraty pracy nie zostanie wypłacone, jeżeli:
 - 1) zakończenie wykonywania Aktywności zawodowej nastąpiło w okresie pierwszych 60 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, rozumiane jako dzień zakończenia stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej lub zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej zgodnie z postanowieniem § 2 ust. 31 pkt. 2,
 - 2) Ubezpieczony znajdował się w okresie wypowiedzenia w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 3) Ubezpieczony utracił Status bezrobotnego,
 - 4) stosunek pracy lub umowa cywilnoprawna wygasły w związku z upływem okresu, na jaki zostały zawarte,

- 5) zakończenie Aktywności zawodowej nastąpiło z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczonego,
- 6) w okresie 90 dni przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający wiedział, iż zatrudniający go pracodawca dokonał przynajmniej jednej z następujących czynności:
 - a) złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o wypowiedzeniu dotychczasowych warunków pracy lub płacy,
 - b) zakomunikował zakładowej organizacji związkowej zamiar wypowiedzenia Ubezpieczonemu umowy o pracę,
 - c) zawiadomił zakładowe organizacje związkowe albo powiatowy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych,
 - d) poinformował Ubezpieczonego o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę,
 - e) pracodawca złożył wniosek o ogłoszenie upadłości, likwidacji lub rozpoczął postępowanie układowe zakładu pracy,
- 7) Utrata pracy nastąpiła w związku z zakończeniem stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej:
 - a) z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, która jest krewnym lub powinowatym Ubezpieczonego do drugiego stopnia,
 - b) ze spółką osobową, w której współnikiem jest krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia,
 - c) ze spółką kapitałową, w której krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych (nie dotyczy sytuacji, kiedy akcje przedsiębiorstwa notowane są na giełdzie papierów wartościowych).
- 7) Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli okres Czasowej niezdolności do pracy lub okres posiadania Statusu bezrobotnego 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.
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. 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, Ubezpieczającemu lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. 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. W przypadku rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczenie trwa do końca danego Okresu rozliczeniowego przypadającego po dniu złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia.
7. Złożenie oświadczenia o odstąpieniu lub rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy ubezpieczenia do jednego z Ubezpieczycieli jest traktowane jak złożenie go do obydwa Ubezpieczycieli równocześnie i skutkować będzie rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia w całości (z obydwojma Ubezpieczycielami). Nie ma możliwości częściowego rozwiązania Umowy Ubezpieczenia

§ 13. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczenie wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:
 - 1) z końcem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat,
 - 2) z końcem Okresu rozliczeniowego przypadającego po rozwiązaniu Umowy,
 - 3) z końcem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający lub Santander Consumer Bank S.A. wypowiedział Umowę,
 - 4) z końcem Okresu rozliczeniowego, w którym dokonano rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia,
 - 5) w dniu stwierdzenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego – w przypadku wypłaty świadczenia w pełnej wysokości z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 6) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 7) z końcem bieżącego roku Ubezpieczenia, w przypadku gdy Umowa Ubezpieczenia nie uległa przedłużeniu na zasadach określonych w § 6 ust. 7-11 OWU.

§ 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,
 - 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa lub
 - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, Irlandia,
 - 2) pocztą elektroniczną – przysyłając e-mail na adres: reklamacje@pl.cnpsantander.com,
 - 3) telefonicznie pod numerem: (0) 801 88 99 79.
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: www.knf.gov.pl/regulacje/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. DORECZENIA

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 nieregulowanych 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, 21 lutego 2018