

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NR M01/PA2016 KREDYTY NA ZAKUP TOWARÓW I USŁUG

Informacja dotycząca ubezpieczenia w ramach Ogólnych Warunków Ubezpieczenia numer M01/PA2016

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. Przesłanek wypłaty świadczenia	§ 2 § 4 § 5 § 9
2. Ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 8 § 12

Przykłady zawarte w tekście Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie powinny być traktowane jako część warunków Ubezpieczenia i pełnią jedynie funkcję informacyjną.

§ 1. WSTĘP

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy CNP Santander Insurance Life DAC z siedzibą w Dublinie (Irlandia) a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy Ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane z dużej litery oznaczają:

- Agent** – Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Towarzystwa.
- Aktywność zawodowa** – oznacza:
 - 1) prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej lub zawodowej,
 - 2) świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy,
 - 3) świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej.
 Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby 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.
- 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 Towarzystwa.
- Czasowa niezdolność do pracy** – wywołana chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania dotychczasowej Aktywności zawodowej, która wystąpiła w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
- Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony Umowy kredytowej w dniu jej zawarcia.

- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych, 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 w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
- Klient** – osoba fizyczna (konsument), która zawarła Umowę kredytową z Santander Consumer Bank S.A.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenie ciała.
- OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr M01/PA2016.
- Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
- Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa, określona w § 8 OWU.
- Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Towarzystwo zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, zgodnie z wybranym wariantem.
- 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; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.
- Towarzystwo** – CNP Santander Insurance Life DAC z siedzibą w Dublin, Irlandia, Block 8, Harcourt Centre, Dublin 2, zarejestrowana w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488063. CNP Santander Insurance Life DAC, posiada zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej udzielone przez Central Bank of Ireland oraz Komisję Nadzoru Finansowego i podlega nadzorowi:
 - Central Bank of Ireland w Irlandii, oraz
 - Komisji Nadzoru Finansowego w Polsce, w zakresie zezwolenia wydanego przez tą instytucję.
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, z zastrzeżeniem postanowień § 5 ust. 3 pkt 3) OWU.
- Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty składki.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
- Ubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
- Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Towarzystwa załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część.
- Umowa kredytowa** – umowa o kredyt na zakup towarów i usług, zawierana pomiędzy Klientem i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
- Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczającego jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (w tym z tytułu śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku).
- 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 Ubezpieczonego (ubezpieczenia osobowe).

§ 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Zakres Ubezpieczenia wskazany jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem Ubezpieczenia, spośród wariantów wskazanych w poniższej Tabeli i obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe niezależnie od miejsca ich wystąpienia:

Zakres Ubezpieczenia	Wariant	
	1	2
1) Śmierć Ubezpieczonego	Tak	Tak
2) Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Tak	Tak
3) Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego	Tak	Tak

4) Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 14 dób	Tak	Nie
5) Czasowa niezdolność do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku dla osób, które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności nie ukończyły 65 roku życia oraz są Aktywne zawodowo, a dla pozostałych osób – Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 30 dób	Nie	Tak
6) Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 14 dób	Nie	Tak
7) Operacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Nie	Tak

§ 5. ŚWIADCZENIA

- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego:
W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Uposażonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, obliczonej zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 1 OWU.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku:
W razie śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, poza świadczeniem określonym powyżej w ust. 1, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu dodatkowo świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 2 OWU.
- Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego:
 - W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo wystąpienia w trakcie trwania Ubezpieczenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 3 OWU.
 - Świadczenie, o którym mowa w pkt 1), jest należne, jeżeli w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby, powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczony był objęty Ubezpieczeniem oraz był Aktywny zawodowo.
 - W przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby, powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli Aktywni zawodowo, za Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
 - całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - stracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej stracie mowy, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie obu nóg, lub
 - całkowitej stracie obu stóp, lub
 - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - całkowitym paraliżu dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).
 - Od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby do momentu uznania, iż spowodowały one Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, jednak w przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w pkt 3) powyżej Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego zostaje stwierdzona z datą Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby, a warunku dotyczącego upływu okresu 6 miesięcy nie stosuje się.
- Świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku:
 - W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego pierwsze świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 4 OWU, po nieprzerwanym 14-dobowym okresie Hospitalizacji.
 - Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone pod warunkiem, że Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w czasie trwania Ubezpieczenia, lub Choroby, która została rozpoznana w trakcie trwania Ubezpieczenia.
 - Drugie i kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego płatne są od 15. doby Hospitalizacji za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej Hospitalizacji.

- Świadczenie jest należne jedynie za okres Hospitalizacji, w trakcie której Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem.
- W ramach jednej Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku:
 - maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
 - całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 4 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są Aktywne zawodowo, o których mowa w ust. 6 poniżej.
- Następujące po sobie okresy Hospitalizacji będą uznawane za jedną Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
- W ramach wszystkich Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w trakcie trwania Ubezpieczenia:
 - maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
 - całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 4 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są Aktywne zawodowo, o których mowa w ust. 5 poniżej.
- Świadczenia z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego:
 - W razie Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego pierwsze świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 5 OWU, po nieprzerwanym 14-dobowym okresie Hospitalizacji.
 - Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone pod warunkiem, że Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w czasie trwania Ubezpieczenia.
 - Drugie i kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego płatne są od 15. doby Hospitalizacji za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej Hospitalizacji.
 - Świadczenie jest należne jedynie za okres Hospitalizacji, w trakcie którego Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem.
 - W ramach jednej Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku:
 - maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
 - całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 5 OWU.
 - Następujące po sobie okresy Hospitalizacji będą uznawane za jedną Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
 - W ramach wszystkich Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku w trakcie trwania Ubezpieczenia:
 - maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
 - całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 5 OWU.
- Świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku dla osób Aktywnych zawodowo, które nie ukończyły 65. roku życia albo
Świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są Aktywne zawodowo:
 - W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w skutek Nieszczęśliwego wypadku świadczenie w wysokości określonej w § 8 ust. 6 OWU będzie należne i wypłacone Ubezpieczonemu jedynie pod warunkiem, że Czasowa niezdolność do pracy rozpoczęła się w chwili, w której Ubezpieczony nie ukończył 65. roku życia oraz był Aktywny zawodowo, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień OWU.
 - Świadczenie płatne jest za każde pełne 30 dni potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba świadczeń z tytułu jednego zdarzenia nie może przekroczyć 6, a całkowita kwota świadczeń - wartości, o której mowa w § 8 ust. 6 OWU.
 - W przypadku, gdy kolejna Czasowa niezdolność do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku wystąpi w czasie krótszym niż 12 miesięcy od daty zakończenia poprzedniej, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia kolejnej Czasowej niezdolności do pracy i jest ona traktowana jako kontynuacja poprzedniej Czasowej niezdolności do pracy.
 - Prawo do świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku kończy się z dniem wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - w przypadku pojedynczego zdarzenia:
 - z upływem 6. (szóstego) 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu jednej Czasowej niezdolności do pracy,
 - z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy, w przypadku wielu zdarzeń;
 - z upływem 12. (dwunastego) 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu wszystkich Czasowych niezdolności do pracy występujących w trakcie Ubezpieczenia, niezależnie od ilości zgłoszonych zdarzeń;
 - z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,

- e) z dniem, kiedy Ubezpieczony uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
 - f) z chwilą nabycia prawa do wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, zgodnie z § 8 ust. 5 OWU,
 - g) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z § 14 OWU.
- 5) W razie Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji ma ukończony 65. rok życia lub nie jest Aktywny zawodowo, pierwsze świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 6 OWU, po nieprzerwanym 30-dobowym okresie Hospitalizacji.
- 6) Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, w wysokości określonej w § 8 ust. 6 OWU, zostanie wypłacone pod warunkiem, że: Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w czasie trwania Ubezpieczenia.
- 7) Drugie i kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku płatne są od 31. doby Hospitalizacji za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej Hospitalizacji.
- 8) Świadczenie jest należne jedynie za okres Hospitalizacji, w trakcie której Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem.
- 9) W ramach jednej Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku:
- a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 6 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, o których mowa w ust. 4 powyżej.
- 10) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem będą uznawane za tę samą Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
- 11) W ramach wszystkich Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku w trakcie trwania Ubezpieczenia:
- a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 6 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, o których mowa w ust. 4 powyżej.

PRZYKŁAD

Ubezpieczony jest czasowo niezdolny do pracy. Czasowa niezdolność do pracy wystąpiła w okresie Ubezpieczenia i została orzeczona na okres 7 miesięcy. Miesięczna rata kredytu wynosi 300,00 złotych. Ubezpieczonemu zostanie wypłaconych 6 świadczeń w pełnej wysokości (300,00 złotych każde), łącznie w kwocie 1.800,00 złotych, ponieważ zgodnie z § 5 ust. 6 pkt 2) może otrzymać maksymalnie 6 świadczeń, a zgodnie z § 8 ust. 6 łączna suma ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 złotych.

7. Świadczenia z tytułu operacji lub zabiegu chirurgicznego na skutek Nieszczęśliwego wypadku:
- 1) W przypadku operacji lub zabiegu chirurgicznego Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, wymienionych w Tabeli nr 1, o której w mowa w § 8 ust. 7 OWU, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 7 OWU, pod warunkiem, że Hospitalizacja Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w czasie trwania Ubezpieczenia.
 - 2) W przypadku Nieszczęśliwego wypadku, skutkującego złamaniem kości, świadczenie związane ze złamaniem zostanie wypłacone także w przypadku zastosowania leczenia bez konieczności Hospitalizacji.
8. Świadczenia z tytułu:
- 1) Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby oraz
 - 2) Czasowej niezdolności do pracy lub Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku o których mowa w ust 4–6 powyżej nie sumują się.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY, OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Klient, który spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat,
 - 2) w dniu wskazanym w Harmonogramie jako ostateczny dzień spłaty kredytu, udzielonego na podstawie Umowy kredytowej, nie ukończy 75 lat.
2. Klient, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia składki zgodnie z § 7 OWU.
3. Ubezpieczenie rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy kredytowej, pod warunkiem opłacenia składki. W przypadku nieopłacenia składki Ubezpieczenie nie rozpocznie się.
4. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta z dniem doręczenia Ubezpieczającemu jednego egzemplarza SUU podpisanego przez Agenta w imieniu Towarzystwa, wraz z całą dokumentacją stanowiącą Umowę Ubezpieczenia.
5. Jeżeli treść Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.

6. W przypadku określonym w ust. 5 powyżej, jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od doręczenia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
7. Okres Ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania zgodnie z Harmonogramem.

§ 7. SKŁADKA

1. Wysokość składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. Wysokość składki jest ustalana przez Towarzystwo po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwzględnieniem wariantu Ubezpieczenia, okresu Ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia,
3. Składki płatne są przez Ubezpieczającego w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego w chwili zawarcia Umowy kredytowej.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty Towarzystwu składki w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

§ 8. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego równa jest sumie:
 - 1) kwoty kapitału kredytu pozostałej do spłaty, wynikającej z Harmonogramu, obliczanej 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) kwoty odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty kredytu, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jednak nie może być wyższa niż 70.000,00 (siedemdziesiąt tysięcy) złotych.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku równa jest sumie:
 - 1) kwoty kapitału kredytu pozostałej do spłaty, wynikającej z Harmonogramu, obliczanej 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) kwoty odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty kredytu, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jednak nie może być wyższa niż 70.000,00 (siedemdziesiąt tysięcy) złotych.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego równa jest sumie:
 - 1) kwoty kapitału kredytu pozostałej do spłaty, wynikającej z Harmonogramu, obliczanej 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 Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoznania Choroby powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, oraz
 - 2) kwoty odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty kredytu, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, jednak nie może być wyższa niż 70.000,00 (siedemdziesiąt tysięcy) złotych.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem bezpośrednio po nieprzerwanym 14-dobowym okresie Hospitalizacji. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich Hospitalizacji, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytowej, nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (czterdzieści osiem tysięcy) złotych.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem bezpośrednio po nieprzerwanym 14-dobowym okresie Hospitalizacji. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich Hospitalizacji, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytowej, nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (czterdzieści osiem tysięcy) złotych.
6. Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w skutek Nieszczęśliwego wypadku dla osób, które nie ukończyły 65 roku życia oraz są Aktywne zawodowo, oraz z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku dla pozostałych osób, jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem bezpośrednio po nieprzerwanym 30-dobowym okresie Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub po nieprzerwanym 30-dobowym okresie Hospitalizacji. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich zdarzeń Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego oraz Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek

Nieszczęśliwego wypadku, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytowej, nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (czterdzieści osiem tysięcy) złotych.

7. Suma ubezpieczenia z tytułu operacji lub zabiegu chirurgicznego Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku odpowiada sumie miesięcznych rat kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytowej, w wysokości określonej w Harmonogramie, w liczbie wskazanej w tabeli poniżej:

Tabela numer 1

Operacje i zabiegi chirurgiczne na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Wysokość świadczenia wyrażona jako liczba miesięcznych rat kredytu
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
KLATKA 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
– zszycie rogówki	1
– korekcja zezą	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
– artroscopia 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 rzepek	2
– rzepek	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 prostego:	
– 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, rzepek 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
Leczenie złamania złożonego otwartego:	Powyższe współczynniki wysokości świadczenia zwiększają się o połowę

8. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich operacji lub zabiegów chirurgicznych Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (czterdzieści osiem tysięcy) złotych.

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

- Zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia można dokonać w jeden z poniższych sposobów:
 - korespondencyjnie – na adres:
 - CNP Santander Insurance Life DAC,
 - 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa, lub
 - Block 8, Harcourt Centre, Dublin 2, Irlandia,
 - Santander Consumer Bank S.A., ul. Strzegomska 42C, 53-611 Wrocław,
 - osobiście – w jednej z placówek Santander Consumer Bank S.A.,
 - poctą elektroniczną – przesyłając e-mail na adres: roszczenia@pl.cnpsantander.com,
 - telefonicznie pod numerem: (0) 801 88 9979.
- W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Agentowi lub Towarzystwu dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu:

Wymagane dokumenty	Zakres ochrony				
	A	B	C	D	E
1) Wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,	●	●	●	●	●
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 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 – dotyczy operacji i zabiegu chirurgicznego 		●	●	●	
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 prowadzenia Aktywności zawodowej przez Ubezpieczonego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (o ile ma zastosowanie)		●	●	●	
10) Orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu		●			

A – Śmierć (w tym Śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku)
B – Trwała i całkowita niezdolność do pracy
C – Czasowa niezdolność do pracy
D – Hospitalizacja
E – Operacja lub zabieg chirurgiczny w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

- Dodatkowe informacje:
 - W przypadku śmierci Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie powinna przedstawić dokumentację medyczną lub inną dotyczącą tego Zdarzenia ubezpieczeniowego lub jego okoliczności, gdy takie dokumenty są dla Towarzystwa niezbędne do oceny zasadności roszczenia lub wysokości należnego świadczenia.
 - Towarzystwo 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.
- Wypłata świadczenia:
 - Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa 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 Towarzystwo spełni w terminie określonym w pkt 1 powyżej.

§ 10. BADANIE LEKARSKIE

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

§ 11. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

- Ubezpieczający ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez doręczenie do Towarzystwa pisemnego oświadczenia w każdy sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
- W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko Ubezpieczającego,
 - numer Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia,
 - imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwa podmiotu),
 - data urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
 - adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: adres siedziby podmiotu),
 - PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: NIP),
 - udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.
- Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczającego.
- W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie Uposażonego świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 5 poniżej.
- Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
- 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 pozostałym spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

§ 12. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Wyłączenia ogólne:

- Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych na skutek:
 - samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności,

- 3) Choroby lub niepełnosprawności 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,
- 4) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, powstania, zamieszek społecznych, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego lub nuklearnego,
- 5) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz świadomego udziału Ubezpieczonego w dowolnym działaniu przestępczym,
- 6) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich substancji było bezpośrednią przyczyną danego Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 7) katastrof naturalnych.

Wyłączenia dodatkowe:

2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego jest związana z zaburzeniami psychicznymi, w tym zaburzeniami nerwicowymi.
3. Dodatkowo, świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy wystąpiła wskutek:
 - 1) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
 - 2) niesprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych żadnymi dodatkowymi badaniami,
 - 3) wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie.
4. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego powstała na skutek:
 - 1) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
 - 2) wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 4) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszym Ubezpieczeniem,
 - 5) wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych 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, o których mowa w § 5 ust. 6 OWU, wynikają z:
 - 1) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych
 - 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 nie ma żadnych obiektywnych 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 użycowaniem popelnienia lub popelnieniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - 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.

§ 13. 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, także w przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty kredytu przed terminem określonym w Umowie kredytowej.
3. Oświadczenie o odstąpieniu lub rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia składane jest w formie pisemnego wniosku doręczonego Agentowi lub bezpośrednio Towarzystwu. Oświadczenie powinno 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, Ubezpieczającym 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 miesiąca udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej, tj. do dnia wymagalności (włącznie z tym dniem) najbliższej (ustalonej zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia.

§ 14. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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) odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
- 5) z upływem dnia wymagalności najbliższej (ustalonej zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia,
- 6) z upływem okresu wskazanego w Harmonogramie, na jaki został udzielony kredyt na podstawie Umowy kredytowej.

§ 15. REKLAMACJE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie na adres: CNP Santander Insurance Life DAC,
 - 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa, lub
 - Block 8, Harcourt Centre, Dublin 2, Irlandia,
 - 2) pocztą elektroniczną – przesyłając e-mail na adres: reklamacje@pl.cnpsantander.com,
 - 3) telefonicznie pod numerem (0) 801 88 9979.
2. Osobą właściwą do rozpatrywania reklamacji z ramienia Towarzystwa 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 Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, 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 Towarzystwo 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 Towarzystwem, wówczas taka osoba fizyczna ma prawo do złożenia Reklamacji u Rzecznika Finansowego.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia będący konsumentem może również zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

§ 16. 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.

§ 17. 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.

§ 18. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową

Ubezpieczenia powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazane w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

2. Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo 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.

§ 19. 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.

§ 20. AKTUALIZACJA INFORMACJI

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

- 1) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
- 2) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).

Informacje o zmianach powinny być przekazane pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczającego.

§ 21. POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

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

Dublin, 1 października 2016 r.

ERRATA DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA W PRZYPADKU UMÓW UBEZPIECZENIA ZAWARTYCH PO 9 STYCZNIA 2017 R.

UWAGA – ZMIANA W ZAKRESIE POZASĄDOWEGO ROZWIĄZYWANIA SPORÓW KONSUMENCKICH

W związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz. U. 2016 poz. 1823) CNP Santander Insurance Life DAC, informuje o zmianie treści paragrafu o nazwie REKLAMACJE w powyżej wskazanych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia poprzez dodanie na końcu tego paragrafu po ostatnim ustępie nowego ustępu o treści:

„Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów jest:

- 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego
(strona WWW: http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny/index.jsp),
- 2) Rzecznik Finansowy (strona WWW: <http://rf.gov.pl/>).”

Dublin, 9 stycznia 2017 r.