

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr A05/PA2017 Kredyty Samochodowe

Informacja dotycząca ubezpieczenia w ramach Ogólnych Warunków Ubezpieczenia numer A05/PA2017 Kredyty Samochodowe

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:

- Agent** – Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu (zwany dalej także: Bankiem) lub inny przedsiębiorca współpracujący z Bankiem w zakresie sprzedaży produktów i/lub usług oferowanych przez Bank, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych i wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej z Ubezpieczycielem.
- Aktywność zawodowa:**
 - świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy w wymiarze co najmniej 20 godzin tygodniowo,
 - świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej,
 - prowadzenie przez Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) działalności gospodarczej (w tym rolniczej) jednoosobowo lub jako wspólnik spółki cywilnej lub działalności zawodowej,
 - prowadzenie działalności rolniczej niezakwalifikowanej do pkt 3) powyżej.
- 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 (Ubezpieczonych) w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat kredytu/pożyczki sporządzony przez strony Umowy kredytu/pożyczki w dniu jej zawarcia.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) 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.

- Klient** – osoba fizyczna (konsument), osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą (w tym rolniczą) jednoosobowo lub jako wspólnik spółki cywilnej, która zawarła Umowę kredytu/pożyczki z Santander Consumer Bank S.A.
- Kredyt balonowy** – rodzaj kredytu samochodowego przewidującego karencję w spłacie kapitału i/lub odsetek, przy czym karencja polega na odroczeniu spłaty części lub całości kapitału przez ustalony okres. Typy kredytu balonowego: 50/50, 3x33, 4x25, 5x20, kredyt z karencją, kredyt z ostatnią ratą balonową.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego (Ubezpieczonych), przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i spowodowało u Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) fizyczne obrażenie ciała.
- Osoby Aktywne Zawodowo** – osoby przed ukończeniem 65. roku życia, które:
 - wykonyują Aktywność zawodową, lub
 - wykonyują Aktywność zawodową, ale przebywają na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich lub płatnych urloпах wypoczynkowych.
- 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.
- OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr A05/PA2017.
- Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego (Ubezpieczającego), Ubezpieczonego (Ubezpieczonych), Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowane do Ubezpieczyciela lub innych właściwych organów, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
- Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) 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.
- Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, określona dla każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego w § 5 OWU. Podane Sumy ubezpieczenia są łączne dla wszystkich Ubezpieczonych i nie ulegają zwielokrotnieniu w przypadku, gdy Ubezpieczeniem objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony.
- Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego (Ubezpieczającego) o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Ubezpieczyciela zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego (Ubezpieczonych), zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego (Ubezpieczających) 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. Szpitalem – w rozumieniu niniejszych OWU – nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.
- Ubezpieczający** – Klient (Klienci), który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty składki.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu (Ubezpieczonym) na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
- Ubezpieczony** – osoba, której życie, zdrowie lub interes majątkowy jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
- Ubezpieczyciel** – CNP Santander Insurance Life DAC (zwane dalej CNP SIL) z siedzibą w Dublinie, Irlandia 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, zarejestrowany w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488063 lub CNP Santander Insurance Europe DAC (zwane dalej CNP SIE) z siedzibą w Dublin, Irlandia 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, zarejestrowany w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488062 gwarantujący ochronę ubezpieczeniową zgodnie z zakresem określonym w §4 niniejszych OWU. Obaj Ubezpieczyciele posiadają zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej udzielone przez Central Bank of Ireland oraz notyfikowali działalność ubezpieczeniową na terytorium Polski w Komisji Nadzoru Finansowego i podlegają nadzorowi:
 - Central Bank of Ireland w Irlandii, oraz
 - Komisji Nadzoru Finansowego w Polsce, w zakresie określonym we właściwych przepisach prawa.
- Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym (Ubezpieczającymi), na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego (Ubezpieczających) oraz Ubezpieczyciela załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część. Umowa Ubezpieczenia może być zawarta maksymalnie przez czterech (4) Ubezpieczających.
- Umowa kredytu/pożyczki** – umowa o kredyt samochodowy lub umowa o pożyczkę samochodową, zawarta pomiędzy Klientem i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, udzielona na kwotę nie wyższą, niż 200 tysięcy złotych.

23. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczającego (Ubezpieczających), jako uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego (Ubezpieczonych).
24. **Utrata pracy** – zakończenie Aktywności zawodowej z przyczyn nieleżących po stronie Ubezpieczonego (Ubezpieczonych), 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 (Ubezpieczonych) 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) wykonywanej jednoosobowo lub jako wspólnik spółki cywilnej lub działalności zawodowej i wykreśleniu wpisu w 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 wniosek 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) wykonywaną jednoosobowo lub jako wspólnik spółki cywilnej lub zawodową ponosił stratę, albo
 - b) Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej (w tym rolniczej) wykonywanej jednoosobowo lub jako wspólnik spółki cywilnej lub zawodowej wskutek obowiązywania na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie takiej działalności przez Ubezpieczonego (Ubezpieczonych).
25. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte Ubezpieczeniem w ramach Umowy, które zaszły w okresie Ubezpieczenia, określone w § 4 OWU.

§ 3. RODZAJ I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

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

§ 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Zakres Ubezpieczenia oferowany przez Ubezpieczyciela dostosowany jest do statusu Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) (Osoba Aktywna Zawodowo albo Osoba Nieaktywna Zawodowo) i wskazany jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, zgodnie z wariantem wybranym przez Ubezpieczającego (Ubezpieczających) 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	3
1.	CNP SIL	Śmierć Ubezpieczonego	Tak	Nie	Tak
2.	CNP SIE	Utrata pracy	Nie	Tak	Tak

2) Dla Osób Nieaktywnych Zawodowo:

TABELA B

Lp.	Ubezpieczyciel gwarantujący ochronę	Zakres Ubezpieczenia	Wariant		
			1	2	3
1.	CNP SIL	Śmierć Ubezpieczonego	Tak	Nie	Tak
2.	CNP SIE	Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 4 doby	Nie	Tak	Tak

2. W trakcie trwania Ubezpieczenia możliwa jest zmiana statusu Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) 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 (Ubezpieczonych) (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.
3. O ile Ubezpieczony (Ubezpieczeni) 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) wykonywanej jednoosobowo lub jako wspólnik spółki cywilnej 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.

§ 5. OPIS ŚWIADCZEŃ I SUMY UBEZPIECZENIA

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

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma ubezpieczenia
1. Śmierć	<ol style="list-style-type: none"> 1) kwota kapitału kredytu/pożyczki pozostała do spłaty, wynikająca z Harmonogramu, obliczana na dzień wymagalności: raty kredytu/pożyczki przypadającej w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w dniu wymagalności, zgodnie z Harmonogramem, raty kredytu/pożyczki) lub najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu/pożyczki przypadającej po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz 2) kwota odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty kredytu/pożyczki, wynikająca z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu/pożyczki przypadającej po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. 	200.000,00 PLN (na jedno Zdarzenie)
2. Utrata pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1) Świadczenie równe jest kwocie miesięcznej raty kredytu/pożyczki przypadającej zgodnie z Harmonogramem na dzień rozpoczęcia Zdarzenia ubezpieczeniowego lub bezpośrednio po nim (w przypadku Kredytu balonowego dla kredytu z ostatnią ratą balonową jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w ostatnim miesiącu trwania kredytu świadczenie jest równe kwocie ostatniej raty kredytu wymagalnej przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego) i należy je po 30 dniach posiadania Statusu bezrobotnego. 2) Dla jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego wypłata może wynieść maksymalnie: <ol style="list-style-type: none"> a) 3 miesięczne raty kredytu/pożyczki – w sytuacji, gdy Utrata pracy nastąpiła w wyniku rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron bez wskazania przyczyny rozwiązania tej umowy, b) 6 miesięcznych rat kredytu/pożyczki – 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. 25. 3) W przypadku, gdy kolejne zdarzenie Utraty pracy wystąpi w czasie krótszym niż 6 miesięcy od daty zakończenia poprzedniego zdarzenia Utraty pracy, świadczenie należyne jest od pierwszego dnia kolejnej Utraty pracy i jest ona traktowana, jako kontynuacja wypłaty poprzedniego świadczenia; 	48.000,00 PLN (na wszystkie Zdarzenia)

	<p>4) Prawo do świadczenia z tytułu Utraty pracy kończy się z dniem wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń:</p> <p>(i) W przypadku pojedynczego zdarzenia Utraty pracy:</p> <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 Utraty pracy, z dniem utraty prawa do zasiłku, <p>(ii) W przypadku wielu zdarzeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> z upływem 18. (osiemnastego) 30-dniowego okresu, za który należne jest świadczenie z tytułu wszystkich zdarzeń Utraty pracy, które wystąpiły w trakcie trwania Ubezpieczenia, <p>(iii) Niezależnie od ilości zgłoszonych zdarzeń:</p> <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. 	
<p>3. Hospitalizacja na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku co najmniej 4 doby</p>	<ol style="list-style-type: none"> Pierwsze świadczenie z tytułu Hospitalizacji należne jest po 4 dobach nieprzerwanej hospitalizacji i jest równe 50% wysokości jednej miesięcznej raty kredytu/pożyczki przypadającej zgodnie z Harmonogramem na dzień rozpoczęcia Zdarzenia ubezpieczeniowego lub bezpośrednio po nim (w przypadku Kredytu balonowego dla kredytu z ostatnią ratą balonową, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w ostatnim miesiącu trwania kredytu, świadczenie jest równe kwocie 50% raty kredytu wymagalnej przed dniem Zdarzenia ubezpieczeniowego). Kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji wypłacane będą, w wysokości 100% miesięcznej raty kredytu/pożyczki przypadającej zgodnie z Harmonogramem na dzień rozpoczęcia Zdarzenia ubezpieczeniowego lub bezpośrednio po nim (w przypadku Kredytu balonowego dla kredytu z ostatnią ratą balonową, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w ostatnim miesiącu trwania kredytu, świadczenie jest równe kwocie 100% raty kredytu wymagalnej przed dniem Zdarzenia ubezpieczeniowego), za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujące po sobie doby nieprzerwanej Hospitalizacji, przebyte po początkowych 4. dobach nieprzerwanej Hospitalizacji. W ramach jednego zdarzenia Hospitalizacji maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6. W ramach wszystkich Hospitalizacji w trakcie trwania Ubezpieczenia maksymalna liczba świadczeń nie może przekroczyć 18. 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. 	<p>48.000,00 PLN (na wszystkie Zdarzenia)</p>

2. Świadczenie wypłacane jest o ile Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie Ubezpieczenia.

3. W przypadku wystąpienia któregośkolwiek ze Zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w tabeli powyżej (§ 5 ust. 1), świadczenie zostanie wypłacone osobom uprawnionym do jego otrzymania w wysokości proporcjonalnej do pierwotnej liczby Ubezpieczonych (tj. liczby Ubezpieczonych obejmowanych Ubezpieczeniem w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia) w częściach równych.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY, OKRES UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Klient, który spełnia łącznie poniższe warunki:
 - w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat,
 - w dniu wskazanym w Harmonogramie jako ostateczny dzień spłaty kredytu/pożyczki, udzielonego na podstawie Umowy kredytu/pożyczki, nie ukończy 75 lat.
- Klient, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia składki zgodnie z § 7 OWU z zastrzeżeniem, iż osoba korzystająca z Kredytu balonowego 50/50, 3x33, 4x25 lub 5x20 oraz kredytu z karencją, może zostać ubezpieczona wyłącznie w Wariancie 1.
- Ubezpieczenie rozpoczyna się od dnia uruchomienia Umowy kredytu/pożyczki, pod warunkiem opłacenia składki. W przypadku nieopłacenia składki Ubezpieczający (każdy z Ubezpieczających) Data uruchomienia Umowy kredytu/pożyczki podana jest na Harmonogramie, który jest integralną częścią Umowy kredytu/pożyczki.
- Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta z dniem doręczenia Ubezpieczającemu (każdemu z Ubezpieczających) 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 (każdy z Ubezpieczających) w terminie 7 dni od dnia doręczenia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z treścią Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
- Okres Ubezpieczenia jest równy:
 - dla opcji A – w przypadku Klientów będących konsumentami niewskazanymi w pkt 2) poniżej – faktycznemu okresowi trwania kredytu/pożyczki;
 - dla opcji B – w przypadku Klientów prowadzących działalność gospodarczą (w tym rolniczą) wykonywaną jednoosobowo lub jako wspólnik spółki cywilnej a także Klientów będącymi konsumentami, którzy podczas zawierania Umowy ubezpieczenia wyrazili wolę kontynuowania Umowy Ubezpieczenia po całkowitej spłacie kredytu/pożyczki – okresowi trwania kredytu/pożyczki zgodnie z Harmonogramem, przy czym Klient nie ma możliwości zmiany wybranej opcji w trakcie trwania Ubezpieczenia.

§ 7. SKŁADKA

- Wysokość składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego (każdego z Ubezpieczonych) jest określona przez każdego z Ubezpieczycieli w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Wysokość składki jest ustalana przez każdego z Ubezpieczycieli po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwzględnieniem wariantu Ubezpieczenia, okresu Ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego, liczbę Ubezpieczonych oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia.
- Składka płatna jest przez Ubezpieczającego (każdego z Ubezpieczających), w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego (każdego z Ubezpieczonych) w chwili zawarcia Umowy kredytu/pożyczki.
- Ubezpieczający, jest zobowiązany do zapłaty składki w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Jeżeli Umowa Ubezpieczenia została zawarta przez więcej niż jednego Ubezpieczającego, Ubezpieczający odpowiadają za zapłatę składki w częściach równych.

§ 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,
 - 4 Piętro, ul. Konstruktorska 12a, 02-673 Warszawa, lub
 - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irlandia,
 - Santander Consumer Bank S.A., ul. Legnicka 48 B, 54-202 Wrocław,
 - osobiście – w jednej z placówek Agenta,
 - pocztą elektroniczną – przesyłając e-mail na adres: roszczenia@cnpsantander.pl
 - telefonicznie pod numerem: (0) 801 88 99 79 lub (22) 270 30 70.
- 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
1) Wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Ubezpieczyciela lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane niezbędne do ustalenia okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	•	•	•
2) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	•	•	•
3) Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego (oryginał lub kopia potwierdzona przez Agenta)	•		
4) Statystyczna karta zgonu lub inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu (oryginał lub kopia potwierdzona przez Agenta)	•		
5) Kopia dokumentów sporządzonych przez Policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, (o ile ma zastosowanie)	•	•	•
6) Kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego potwierdzającej przyczynę zdarzenia, w zakresie, w jakim jest on (lub uposażony/zgłaszający roszczenie) w jej posiadaniu, w tym: • 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 dowodu Aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (o ile ma zastosowanie)		•	•
9) Kopia świadectwa pracy lub innego dokumentu potwierdzającego zakończenie Aktywności zawodowej			•
10) Zaświadczenie o Statusie bezrobotnego z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych			•
11) Oświadczenie Ubezpieczonego o braku pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia z: a) z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, lub b) wspólnikiem 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 B – Hospitalizacja C – Utrata pracy			

3. Dodatkowe informacje:

- 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 (Ubezpieczonych) – do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu (Ubezpieczonym) w zakresie określonym w przepisie art. 38 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w zgodzie wyrażonej przez Ubezpieczonego (Ubezpieczonych).
- W przypadku Utraty pracy Ubezpieczony (Ubezpieczeni), o ile nie wynika to z przedłożonych dokumentów, ma obowiązek dostarczenia co miesiąc dokumentów potwierdzających Status bezrobotnego, w celu potwierdzenia zasadności kontynuacji wypłaty świadczenia.

4. Wypłata świadczenia:

- Ubezpieczyciel jest zobowiązany 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 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 (Ubezpieczonych) 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

- Ubezpieczający ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez doręczenie do Ubezpieczyciela 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.
- W przypadku niewskazania Uposażonego lub podania danych uniemożliwiających ustalenie Uposażonego świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 5 poniżej.
- Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego (Ubezpieczonych), wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
- W przypadku braku Uposażonych uprawnionych do świadczenia, świadczenie otrzyma małżonek Ubezpieczonego (Ubezpieczonych). W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) w częściach równych. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym (Ubezpieczonych).

§ 11. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Wyłączenia ogólne:

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

Wyłączenia dodatkowe:

2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) 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.
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu Utraty pracy nie zostanie wypłacone, jeżeli:
 - 1) zakończenie wykonywania Aktywności zawodowej rozumiane jako dzień zakończenia stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej lub zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej (w tym rolniczej, w tym wspólnik spółki cywilnej) lub zawodowej zgodnie z postanowieniem § 2 ust. 26 pkt. 2, nastąpiło w okresie pierwszych 60 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 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 (Ubezpieczonych),
 - 6) w okresie 90 dni przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający wiedział, iż zatrudniający go pracodawca dokonał przynajmniej jednej z następujących czynności:
 - a) złożył Ubezpieczonemu (Ubezpieczonemu) oświadczenie o wypowiedzeniu dotychczasowych warunków pracy lub płacy,
 - b) zakomunikował zakładowej organizacji związkowej zamiar wypowiedzenia Ubezpieczonemu (Ubezpieczonemu) umowy o pracę,
 - c) zawiadomił zakładowe organizacje związkowe albo powiatowy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych,
 - d) poinformował Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) 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 (Ubezpieczonych) do drugiego stopnia,
 - b) ze spółką osobową, w której współnikiem jest krewny lub powinowaty Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) do drugiego stopnia
 - c) ze spółką kapitałową, w której krewny lub powinowaty Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) 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).
4. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli okres posiadania Statusu bezrobotnego trwał krócej niż 30 dni.

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

1. Ubezpieczający (każdy z Ubezpieczających) ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający (każdy z Ubezpieczających) 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 (każdemu z Ubezpieczających) 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. W przypadku, gdy Umowa Ubezpieczenia została zawarta przez więcej niż jednego Ubezpieczającego, każdy z Ubezpieczających jest uprawniony do odstąpienia lub rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia według własnego uznania i otrzymania proporcjonalnego zwrotu składki, tj. w częściach równych.

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 dnia złożenia rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia.
7. Złożenie oświadczenia o odstąpieniu lub rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia do jednego z Ubezpieczycieli jest traktowane jak złożenie go do obydwu Ubezpieczycieli równocześnie i skutkować będzie rozwiązaniem Umowy Ubezpieczenia w całości (z obydwoma Ubezpieczycielami). Nie ma możliwości częściowego rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

§ 13. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczenie w stosunku do każdego Ubezpieczonego (wszystkich Ubezpieczonych) wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:
 - 1) upływu okresu, za który została opłacona składka,
 - 2) śmierci Ubezpieczonego (wszystkich Ubezpieczonych),
 - 3) odstąpienia od lub rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego (wszystkich Ubezpieczających),
 - 4) z upływem okresu trwania kredytu/pożyczki wskazanego w Harmonogramie – dla opcji B opisanej w §6 ust.7 pkt 2,
 - 5) z dniem całkowitej spłaty kredytu/pożyczki, z zastrzeżeniem §6 ust.7 – dla opcji A opisanej w §6 ust.7 pkt 1.

§ 14. REKLAMACJE

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

§ 15. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

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

§ 16. PODATKI

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

§ 17. DORECZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego (każdego z Ubezpieczających), Ubezpieczonego (każdego z Ubezpieczonych) 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 (każdego z Ubezpieczających), Ubezpieczonego (każdego z Ubezpieczonych) lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatnio wskazany adres Ubezpieczającego (każdego z Ubezpieczających), Ubezpieczonego (każdego z Ubezpieczonych) lub Uposażonego, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

§ 18. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW

1. Do Umów Ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych OWU stosuje się prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednie przepisy prawa, w tym Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Wszelka korespondencja pomiędzy stronami Umowy Ubezpieczenia powinna być prowadzona w języku polskim.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego (każdego z Ubezpieczających), Ubezpieczonego (każdego z Ubezpieczonych), 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 (Ubezpieczonych) lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 19. AKTUALIZACJA INFORMACJI

Ubezpieczający (każdy z Ubezpieczających) i Ubezpieczyciel są zobowiązani do niezwłocznego informowania siebie nawzajem o zmianach swoich danych, a Ubezpieczający (każdy z Ubezpieczających) 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

1. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest ogłaszane przez Ubezpieczyciela na stronie internetowej Ubezpieczyciela, o ile jest to wymagane przez przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredyty Samochodowe obowiązują od 29 marca 2023 r. i mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia zawieranych od tej daty.