

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

NR K03/PA2016

KARTY KREDYTOWE

Informacja dotycząca ubezpieczenia w ramach Ogólnych Warunków Ubezpieczenia numer K03/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

§ 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 czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
- 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.
- 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.
- Karta** – karta kredytowa wydana przez Santander Consumer Bank S.A., funkcjonująca w oparciu o przyznany w Umowie Limit kredytowy, stanowiąca własność Santander Consumer Bank S.A.
 - Limit kredytowy** – określona przez Santander Consumer Bank S.A. dopuszczalna kwota, na jaką Posiadacz Karty może się zadłużyć. Limit kredytowy jest ustalany indywidualnie dla każdego Posiadacza Karty. Kwota Limitu kredytowego jest zawsze wielokrotnością stu złotych (100 zł).
 - Minimalna kwota spłaty** – kwota wymaganej spłaty minimalnej wskazana w Zestawieniu.
 - 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.
 - Okres rozliczeniowy** – powtarzalny okres miesięczny (za wyjątkiem pierwszego okresu, który może być krótszy niż miesiąc) kończący się w dniu, w którym generowane jest Zestawienie, przy czym pierwszy Okres rozliczeniowy rozpoczyna się w dniu wejścia w życie Umowy, a każdy kolejny w dniu następującym po dniu wygenerowania Zestawienia.
 - OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr K03/PA2016.
 - Plan spłat ratalnych** – plan spłat ratalnych uruchomiony w ramach Limitu kredytowego opisany w regulaminie Karty.
 - Posiadacz Karty** – osoba fizyczna (konsument) posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Santander Consumer Bank S.A. Umowę.
 - Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
 - Saldo zadłużenia** – kwota zadłużenia na rachunku Karty Posiadacza Karty, na którą składają się suma salda wynikającego z transakcji dokonanych Kartą i opłat, odsetki, z wyłączeniem sumy salda wynikającego z Planu spłat ratalnych. Saldo zadłużenia nie może być wyższe niż Limit kredytowy.
 - 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 objęcie 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 Block 8, Harcourt Centre, Dublin 2, Irlandia zarejestrowaną 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 jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, z zastrzeżeniem postanowień § 5 ust. 3 pkt 3 OWU.
 - Ubezpieczający** – Posiadacz Karty, 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** – umowa o przyznanie Limitu kredytowego i wydanie Karty, zawierana pomiędzy Posiadaczem Karty i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
 - Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, SUU oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Towarzystwa załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część.
 - 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).
 - Wartość początkowa Planu spłat ratalnych** – wartość początkowa salda zadłużenia rozłożonego na raty w ramach Planu spłat ratalnych.
 - Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte Ubezpieczeniem w ramach Umowy, które zaszły w okresie Ubezpieczenia określone w § 4 OWU.
 - Zestawienie** – miesięczne zestawienie transakcji oraz operacji z rachunku Karty, zawierające m.in. informacje o wysokości

i terminie spłaty kwoty minimalnej oraz o numerze rachunku Karty przeznaczonych do spłaty, udostępniane przez Santander Consumer Bank S.A. nieodpłatnie Posiadaczowi Karty w internetowym serwisie kart kredytowych.

§ 3. RODZAJ I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie 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 Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku	Tak	Tak
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	Tak	Nie
6) Czasowa niezdolność do pracy na skutek Choroby lub 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	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 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 dodatkowe świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z postanowieniami § 8 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 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 nogi, lub
 - całkowitej stracie obu nóg, lub
 - całkowitej stracie obu stóp, lub
 - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - m 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 Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego zostaje stwierdzona z datą Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby, a warunkiem 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 OWU, po nieprzerwanym 7-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 8 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 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.
 - 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 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 Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku (Wariant 2) lub Świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku (Wariant 1) 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, świadczenie w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 8 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. 2 OWU.
 - W przypadku, gdy kolejna Czasowa niezdolność do pracy wystąpi w czasie krótszym niż 12 miesięcy od daty zakończenia poprzedniej, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia tej 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 kończy się z dniem wystąpienia najwcześniejszego 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,
 - z dniem, kiedy Ubezpieczony uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
 - z chwilą nabycia prawa do wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, zgodnie z § 8 ust. 2 OWU,
 - z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z § 14 OWU.
 - 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 OWU, po nieprzerwanym 30-dobowym okresie Hospitalizacji.

- 6) 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.
- 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.2 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.2 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.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA, OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Posiadacz Karty, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat, a nie ukończył 69 lat.
2. Posiadacz Karty, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia składki zgodnie z § 7 OWU.
3. Ubezpieczenie rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, pod warunkiem zapłaty, zgodnie z § 7 OWU, składki należnej za pierwszy miesiąc obowiązywania Umowy Ubezpieczenia (odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu). W przypadku nieopłacenia składki Ubezpieczenie nie rozpocznie się.
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. Celem Ubezpieczenia jest zapewnienie Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przez cały okres korzystania z Karty. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na jeden rok z możliwością jej przedłużenia na kolejne roczne okresy. Z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej, Umowa Ubezpieczenia może zostać przedłużona na dotychczasowych warunkach, na zasadach określonych w ust. 8 poniżej, lub na zmienionych warunkach, na zasadach określonych w ust. 9 poniżej, przy czym w warunkach Ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone wyłącznie z ważnych przyczyn, którymi są: zmiany przepisów prawa i regulacji nadzorczych dotyczących Ubezpieczenia lub zmiana dokonywanej przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
8. Jeżeli warunki Ubezpieczenia nie uległy zmianie, Umowa Ubezpieczenia jest automatycznie przedłużona na kolejny rok, o ile Ubezpieczający poprzez zapłatę, zgodnie z § 7 OWU, składki należnej za pierwszy miesiąc obowiązywania przedłużonego Ubezpieczenia (odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu) potwierdził chęć kontynuowania Ubezpieczenia na niezmienionych warunkach, z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej.
9. W przypadku, gdy warunki Ubezpieczenia mające obowiązywać w kolejnym okresie Ubezpieczenia ulegają zmianie, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego, pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w SUU, o zmianach warunków Ubezpieczenia nie później niż na 60 dni przed końcem bieżącego okresu Ubezpieczenia. Ubezpieczający może, poprzez zapłatę, zgodnie z § 7 OWU, składki należnej za pierwszy miesiąc obowiązywania przedłużonego Ubezpieczenia (odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu), wyrazić zgodę na kontynuowanie Ubezpieczenia na tych zmienionych warunkach, z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej.
10. W przypadku braku zapłaty, zgodnie z § 7 OWU, składki należnej za pierwszy miesiąc obowiązywania przedłużonego Ubezpieczenia (odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu), Umowa Ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem bieżącego okresu Ubezpieczenia.
11. Umowa Ubezpieczenia może nie zostać przedłużona na kolejny rok, jeżeli na 60 dni przed końcem bieżącego okresu Ubezpieczenia którakolwiek ze stron złoży oświadczenie o nie przedłużeniu Umowy Ubezpieczenia na kolejny okres pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w SUU, z zastrzeżeniem § 13 ust. 2 OWU.

§ 7. SKŁADKA

1. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest przez Ubezpieczającego miesięcznie w dniu wskazanym w udostępnionym Posiadaczowi Karty Zestawieniu odpowiadającemu Okresowi rozliczeniowemu, za który składka jest należna.
2. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest jako suma składki ubezpieczeniowej w odniesieniu do Salda zadłużenia i składki ubezpieczeniowej w odniesieniu do uruchomionego w ramach Limitu kredytowego Planu spłat ratalnych, gdzie:
 - a) składka ubezpieczeniowa w odniesieniu do Salda zadłużenia obliczana jest jako iloczyn łącznej stawki ubezpieczeniowej wskazanej w SUU oraz Salda zadłużenia, obliczonego na dzień generowania Zestawienia odpowiadającego Okresowi rozliczeniowemu, za który składka jest należna
 - b) składka ubezpieczeniowa w odniesieniu do uruchomionego w ramach Limitu kredytowego Planu spłat ratalnych obliczana jest jako iloczyn łącznej stawki ubezpieczeniowej wskazanej w SUU oraz Wartości początkowej Planu spłat ratalnych.
3. 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,
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty Towarzystwu składki w walucie polskiej w wysokości wskazanej w odpowiednim Zestawieniu.

§ 8. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych określona jest w poniższej Tabeli:

Zakresy Ubezpieczenia / Suma ubezpieczenia	WARIANT 1		WARIANT 2	
	I	II	I	II
1) Śmierć Ubezpieczonego	100%*	100%*	200%*	200%*
2) Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	200%*	200%*	200%*	200%*
3) Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego	100%*	100%*	100%*	100%*
4) Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku	100%**	100%**	100%*	100%**
5) Czasowa niezdolność do pracy na skutek Choroby lub 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	–	–	200%*	200%**
6) 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	100%**	100%**	–	–

I – w odniesieniu do każdego Planu spłat ratalnych:

* % Wartości początkowej Planu spłat ratalnych oraz składki w odniesieniu do danego Planu spłat ratalnych za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.

** Miesięczne świadczenie – % raty spłaty danego Planu spłat ratalnych, ustalonej zgodnie z jego pierwotnym harmonogramem, na dzień generowania Zestawienia za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.

II – w odniesieniu do Salda zadłużenia:

* % Salda zadłużenia obliczonego na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz składki w odniesieniu do Salda zadłużenia za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.

** Miesięczne świadczenie – % Minimalnej kwoty spłaty Salda zadłużenia, ustalonego na dzień generowania Zestawienia za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.

2. łączna maksymalna Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji lub Czasowej niezdolności do pracy przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytowej, z tytułu jednego i wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych, nie może przekroczyć kwoty 18.000,00 (osiemnaście tysięcy) zł. Limit ten obejmuje Plan spłat ratalnych oraz Saldo zadłużenia.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych, w ramach Umowy Ubezpieczenia równa jest 50.000,00 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych.

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

1. Zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia można dokonać w jeden z poniższych sposobów:
 - 1) korespondencyjnie – na adres:
 - a) CNP Santander Insurance Life DAC,

- 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa, lub
 - Block 8, Harcourt Centre, Dublin 2, Irlandia,
 - b) Santander Consumer Bank S.A., ul. Strzegomska 42C, 53-611 Wrocław
- 2) osobiście – w jednej z placówek Santander Consumer Bank S.A.,
 - 3) pocztą elektroniczną – przysyłając e-mail na adres: roszczenia@pl.cnpsantander.com,
 - 4) telefonicznie pod numerem: (0) 801 88 9979.
2. 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
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 potwierdzająca przyczynę Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: <ul style="list-style-type: none"> • karta wypisowej ze szpitala w przypadku Hospitalizacji 		●	●	●
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 Niez szczęśliwego Wypadku) B – Trwała i całkowita niezdolność do pracy C – Czasowa niezdolność do pracy D – Hospitalizacja				

3. Dodatkowe informacje:
 - 1) 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.
 - 2) 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.
4. Wypłata świadczenia:
 - 1) Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności 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

1. Ubezpieczający ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez doręczenie do Towarzystwa pisemnego oświadczenia w każdy sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczającego,
 - 2) numer Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia,
 - 3) imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwa podmiotu),
 - 4) data urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
 - 5) adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: adres siedziby podmiotu),
 - 6) PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną NIP),
 - 7) udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.
3. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczającego.
4. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie Uposażonego świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 5 poniżej.
5. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
6. 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:

1. samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
2. samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności,
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 czynników 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 Ubezpieczeniem,
- 5) 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,
- 6) infekcji powstałych w trakcie Hospitalizacji,
- 7) jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala.

§ 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.
3. Oświadczenie o odstąpieniu lub rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia składane jest w formie pisemnego wniosku doręczonego Agentowi lub bezpośrednio Towarzystwu.
Oświadczenie, o którym mowa powyżej, 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, Ubezpieczającemu lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot zostanie dokonany niezwłocznie nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania od Ubezpieczającego oświadczenia woli w przedmiocie odstąpienia lub rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia.
5. Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie trwania Ubezpieczenia spełnienie świadczenia spowodowało wyczerpanie Sumy ubezpieczenia.
6. W przypadku rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczenie trwa do końca Okresu rozliczeniowego przypadającego po dniu złożenia przez Ubezpieczającego rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia.

§ 14. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczenie w stosunku do każdego Ubezpieczonego wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:

- 1) z końcem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat,
- 2) z końcem Okresu rozliczeniowego przypadającego po rozwiązaniu Umowy,
- 3) z końcem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający lub Santander Consumer Bank S.A. wypowiedział Umowę,
- 4) z końcem Okresu rozliczeniowego, w którym dokonano rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia,
- 5) w dniu stwierdzenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego – w przypadku wypłaty świadczenia w pełnej wysokości z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
- 6) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- 7) z końcem bieżącego roku Ubezpieczenia, w przypadku gdy Umowa Ubezpieczenia nie uległa przedłużeniu na zasadach określonych w § 6 ust. 7-11 OWU.

§ 15. REKLAMACJE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie na adres: CNP Santander Insurance 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 wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni 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, 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.