

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr K02/PA2017 Karty Kredytowe

Informacja dotycząca ubezpieczenia w ramach Ogólnych Warunków Ubezpieczenia numer K02/PA2017

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

§ 1. WSTĘP

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

§ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane z dużej litery oznaczają:

1. **Agent** – Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela.
2. **Aktywność zawodowa:**
 - 1) świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy w wymiarze co najmniej 20 godzin tygodniowo,
 - 2) świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej,
 - 3) prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej,
 - 4) prowadzenie działalności rolniczej niezakwalifikowanej do pkt 3) powyżej.
3. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. **Czasowa niezdolność do pracy** – wywołana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania dotychczasowej Aktywności zawodowej, która wystąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
5. **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, pod fachową opieką lekarską, poprzedzony odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu trwający krócej niż 24 godziny, pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych, ani pobyt w Szpitalu na oddziale

- rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
6. **Karta** – karta kredytowa wydana przez Santander Consumer Bank S.A., funkcjonująca w oparciu o przyznany w Umowie Limit kredytowy, stanowiąca własność Santander Consumer Bank S.A.
7. **Limit kredytowy** – określona przez Santander Consumer Bank S.A. dopuszczalna kwota, na jaką Posiadacz Karty może się zadłużyć. Limit kredytowy jest ustalany indywidualnie dla każdego Posiadacza Karty. Kwota Limitu kredytowego jest zawsze wielokrotnością stu złotych (100 zł).
8. **Minimalna kwota spłaty** – kwota wymaganej spłaty minimalnej wskazana w Zestawieniu.
9. **Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenie ciała.
10. **Okres rozliczeniowy** – powtarzalny okres miesięczny (za wyjątkiem pierwszego okresu, który może być krótszy niż miesiąc) kończący się w dniu, w którym generowane jest Zestawienie, przy czym pierwszy Okres rozliczeniowy rozpoczyna się w dniu wejścia w życie Umowy, a każdy kolejny w dniu następującym po dniu wygenerowania Zestawienia.
11. **Osoby Aktywne Zawodowo** – osoby przed ukończeniem 65. roku życia, które:
 - 1) wykonują Aktywność zawodową lub
 - 2) wykonują Aktywność zawodową, ale są czasowo niezdolne do pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego o Czasowej niezdolności do pracy przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy lub przebywające na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich lub płatnych urloпах wypoczynkowych.
12. **Osoby Nieaktywne Zawodowo** – osoby, które nie wykonują Aktywności zawodowej lub które ukończyły 65. rok życia, lub które nabyły uprawnienie do emerytury lub renty zgodnie z właściwymi przepisami prawa.
13. **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr K02/PA2017.
14. **Plan spłat ratalnych** – plan spłat ratalnych uruchomiony w ramach Limitu kredytowego opisany w regulaminie Karty.
15. **Posiadacz Karty** – osoba fizyczna (konsument) posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Santander Consumer Bank S.A. Umowę.
16. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowane do Ubezpieczyciela lub innych właściwych organów, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
17. **Saldo zadłużenia** – kwota zadłużenia na rachunku Karty Posiadacza Karty, na którą składają się: suma salda wynikającego z transakcji dokonanych Kartą i opłat, odsetki oraz suma salda wynikającego z Planu spłat ratalnych, w tym będąca przypadająca do spłaty rata Planu spłat ratalnych. Saldo zadłużenia nie może być wyższe niż Limit kredytowy.
18. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, określona dla każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego w § 5 ust. 1 OWU.
19. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Ubezpieczyciela zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, zgodnie z wybranym przez niego wariantem.
20. **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.
21. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy:**
 - 1) **dla Osób Aktywnych Zawodowo** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek Aktywności zawodowej, powstała na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona orzeczeniem wydanym na okres co najmniej 12 miesięcy przez właściwego lekarza orzecznika (ZUS, KRUS), właściwą komisję lekarską, prawomocnym orzeczeniem lub prawomocnym wyrokiem sądu lub decyzją organu rentowego, zgodnie z właściwymi przepisami prawa, przy czym za datę wystąpienia tego Zdarzenia ubezpieczeniowego uznawana będzie data powstania nieodwracalnej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek Aktywności zawodowej;
 - 2) **dla Osób Nieaktywnych Zawodowo** – wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
 - a) całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - b) całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - c) całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - d) całkowitej stracie dolnej szczęki, lub
 - e) całkowitej stracie mowy, lub
 - f) całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - g) całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - h) całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - i) całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - j) całkowitej stracie obu nóg, lub
 - k) całkowitej stracie obu stóp, lub
 - l) stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - m) całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub

- n) całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 o) całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 p) całkowitym paraliżu dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), przy czym za datę wystąpienia tego Zdarzenia ubezpieczeniowego uznawana będzie data zaistnienia którejkolwiek z wyżej wymienionych okoliczności.
22. **Ubezpieczający** – Posiadacz Karty, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agentą, zobowiązany do zapłaty składki.
23. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
24. **Ubezpieczony** – osoba, której życie, zdrowie lub interes majątkowy jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
25. **Ubezpieczyciel** – CNP Santander Insurance Life DAC (zwane dalej CNPSIL) z siedzibą w Dublin, Irlandia 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, zarejestrowany w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488063 lub CNP Santander Insurance Europe DAC (zwane dalej CNPSIE) z siedzibą w Dublin, Irlandia 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, zarejestrowany w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488062 gwarantujący ochronę ubezpieczeniową zgodnie z zakresem określonym w §4 niniejszych OWU. Obaj Ubezpieczyciele posiadają zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej udzielone przez Central Bank of Ireland oraz notyfikowali działalność ubezpieczeniową na terytorium Polski w Komisji Nadzoru Finansowego i podlegają nadzorowi:
- Central Bank of Ireland w Irlandii oraz
 - Komisji Nadzoru Finansowego w Polsce, w zakresie określonym we właściwych przepisach prawa.
26. **Umowa** – umowa o przyznanie Limitu kredytowego i wydanie karty, zawierana pomiędzy Posiadaczem Karty i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
27. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Ubezpieczyciela załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część.
28. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczającego jako uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego.
29. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte Ubezpieczeniem w ramach Umowy, które zaszły w okresie Ubezpieczenia, określone w § 4 OWU.
30. **Zestawienie** – miesięczne zestawienie transakcji oraz operacji z rachunku Karty, zawierające m.in. informacje o wysokości i terminie spłaty Minimalnej kwoty spłaty oraz o numerze rachunku Karty przeznaczonego do spłaty, udostępniane przez Santander Consumer Bank S.A. nieodpłatnie Posiadaczowi Karty w internetowym serwisie kart kredytowych.

§ 3. RODZAJ I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

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

§ 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

TABELA A

Lp.	Ubezpieczyciel gwarantujący ochronę	Zakres Ubezpieczenia
1.	CNP SIL	Śmierć Ubezpiezonego
2.	CNP SIL	Śmierć Ubezpiezonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku
3.	CNP SIL	Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpiezonego
4.	CNP SIE	Czasowa niezdolność do pracy
5.	CNP SIE	Operacja Ubezpiezonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny Ubezpiezonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku określone w Tabeli C

2) dla Osób Nieaktywnych Zawodowo:

TABELA B

Lp.	Ubezpieczyciel gwarantujący ochronę	Zakres Ubezpieczenia
1.	CNP SIL	Śmierć Ubezpiezonego
2.	CNP SIL	Śmierć Ubezpiezonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku
3.	CNP SIL	Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpiezonego
4.	CNP SIE	Hospitalizacja Ubezpiezonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 7 dób 25%
5.	CNP SIE	Operacja Ubezpiezonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny Ubezpiezonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku określone w Tabeli C

2. W trakcie trwania Ubezpieczenia możliwa jest zmiana statusu Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego (Osoba Aktywna Zawodowo albo Osoba Nieaktywna Zawodowo), do którego dostosowany jest zakres Ubezpieczenia oferowany przez Ubezpieczyciela, weryfikowany jest przez Ubezpieczyciela na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5. OPIS ŚWIADCZEŃ I SUMY UBEZPIECZENIA

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

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia (na jedno i wszystkie Zdarzenia)
1. Śmierć	Wysokość świadczenia jest równa Saldu zadłużenia obliczonemu na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego.	50.000,00 PLN
2. Śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku		50.000,00 PLN
3. Trwała i całkowita niezdolność do pracy		50.000,00 PLN
4. Hospitalizacja na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 7 dób 25%	1) Pierwsze świadczenie z tytułu Hospitalizacji należne jest po 7 dobach nieprzerwanej Hospitalizacji i jest równe: 25% wysokości jednej Minimalnej kwoty spłaty przypadającej na dzień generowania Zestawienia za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe lub bezpośrednio po nim. 2) Kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji wypłacane będą, w wysokości 100% Minimalnej kwoty spłaty przypadającej na dzień generowania Zestawienia za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe lub bezpośrednio po nim, za każde 30 (trzydzieści) następujących po sobie dób nieprzerwanej Hospitalizacji, przebytych po początkowych 7 dobach nieprzerwanej Hospitalizacji. 3) Maksymalna liczba świadczeń z tytułu Hospitalizacji może wynieść: a) dla jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego Hospitalizacji 6 Minimalnych kwot spłat, b) dla wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych Hospitalizacji 18 Minimalnych kwot spłat. 4) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tą samą Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem będą uznawane za tę samą Hospitalizację, chyba, że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 6 miesięcy.	18.000,00 PLN

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia (na jedno i wszystkie Zdarzenia)
5. Czasowa niezdolność do pracy	1) Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy należne jest za każde pełne 30 dni potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy. 2) Świadczenie równe jest Minimalnej kwocie spłaty przypadającej na dzień generowania Zestawienia za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe, lub bezpośrednio po nim. 3) Dla jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego Czasowej niezdolności do pracy wypłata może wynieść maksymalnie 6 Minimalnych kwot spłaty. 4) W przypadku, gdy kolejne Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpi w czasie krótszym niż 6 miesięcy od daty zakończenia poprzedniego Zdarzenia ubezpieczeniowego, świadczenie należne jest od pierwszego dnia kolejnej Czasowej niezdolności do pracy i jest ona traktowana, jako kontynuacja wypłaty poprzedniego świadczenia. 5) Prawo do świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się z dniem wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń: <ul style="list-style-type: none"> (i) W przypadku pojedynczego Zdarzenia ubezpieczeniowego Czasowej niezdolności do pracy: <ul style="list-style-type: none"> a) z upływem 6. (szóstego) 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie, b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy, (ii) W przypadku wielu Zdarzeń ubezpieczeniowych: <ul style="list-style-type: none"> a) z upływem 18. (osiemnastego) 30-dniowego okresu, za który należne jest świadczenie z tytułu wszystkich zdarzeń Czasowej niezdolności do pracy, które wystąpiły w trakcie trwania Ubezpieczenia, (iii) Niezależnie od ilości zgłoszonych Zdarzeń ubezpieczeniowych: <ul style="list-style-type: none"> d) z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia, e) z dniem uzyskania przez Ubezpieczonego prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, f) z chwilą wypłaty Sumy ubezpieczenia w pełnej wysokości, g) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z § 13 OWU. 	48.000,00 PLN
6. Operacja na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Wysokość świadczenia jest równa iloczynowi jednej miesięcznej Minimalnej kwoty spłaty, przypadającej zgodnie z Harmonogramem na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego lub bezpośrednio po nim, oraz liczby określonej w Tabeli C, jako liczba należnych Minimalnych kwot spłat w zależności od rodzaju operacji lub zabiegu chirurgicznego.	18.000,00 PLN

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

TABELA C

Operacje Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Wysokość świadczenia wyrażona jako liczba Minimalnych kwot spłaty
JAMA BRZUSZNA	
– wylonienie 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

Operacje Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Wysokość świadczenia wyrażona jako liczba Minimalnych kwot spłaty
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 zeza	3
– usunięcie gałki ocznej	3
UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY	
– usunięcie nerki	5
– zaopatrzenie uszkodzonej nerki	4
– częściowa amputacja lub reimplantacja prącia lub jądra	3
– amputacja lub reimplantacja całego prącia lub obu jąder	7
– usunięcie macicy	4
– zszycie pęcherza moczowego	3
– zszycie cewki moczowej	2
STAWY I ZWICHNIĘCIA	
– punkcja pourazowego krwiaka stawu	1
– artroskopia stawu biodrowego, łokciowego, ramiennego lub kolanowego	3
Wycięcie, umocowanie operacyjne, wyluszczenie w stawie lub plastyka:	
– stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	5
– stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	3
Leczenie operacyjne zwichnięć:	
– palców rąk i nóg – każdy	1
– stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	1
– żuchwy	1
– stawu biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem rzepki	2
– rzepki	1
PUNKCJA	
– klatki piersiowej lub pęcherza moczowego, z wyłączeniem cewnikowania	1
– błony bębenkowej, stawu lub kręgosłupa	1

Operacje Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Wysokość świadczenia wyrażona jako liczba Minimalnych kwot spłaty
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, rzepki lub miednicy, niewymagające stosowania wyciągu	2
– podudzia – dwie kości – powyżej szczeliny stawu piszczelowo-skokowego	2
– żuchwy	2
– śródreżca, nosa, żeber – dwóch lub więcej lub mostka	1
– miednicy – wymagające wyciągu	3
– kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy	1
– kręgu – złamanie kompresyjne – jedno lub więcej	2
– nadgarstka i stępu	1
Leczenie złamania złożonego otwartego:	Powyższe współczynniki wysokości świadczenia zwiększają się o połowę

§ 6. ZAWARCIE UMOWY, OKRES UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Posiadacz Karty, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat, a nie ukończył 70 lat.
- Posiadacz Karty, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia składki zgodnie z § 7 OWU.
- Ubezpieczenie rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy pod warunkiem zapłaty, zgodnie z § 7 OWU, składki należnej za pierwszy miesiąc obowiązywania Umowy Ubezpieczenia (odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu). W przypadku nieopłacenia składki Ubezpieczenie nie rozpocznie się.
- Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta z dniem doręczenia Ubezpieczającemu jednego egzemplarza SUU podpisanego przez Agenta w imieniu Ubezpieczyciela wraz z całą dokumentacją stanowiącą Umowę Ubezpieczenia. Jeżeli treść Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, Ubezpieczyciel przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
- W przypadku określonym w ust. 5 powyżej, jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od dnia doręczenia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
- Celem Ubezpieczenia jest zapewnienie Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przez cały okres korzystania z Karty. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na jeden rok z możliwością jej przedłużenia na kolejne roczne okresy. Z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej, Umowa Ubezpieczenia może zostać przedłużona na dotychczasowych warunkach, na zasadach określonych w ust. 8 poniżej, lub na zmienionych warunkach, na zasadach określonych w ust. 9 poniżej, przy czym zmiany w warunkach Ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone wyłącznie z ważnych przyczyn, którymi są: zmiany przepisów prawa i regulacji nadzorczych dotyczących Ubezpieczenia lub zmiana dokonywanej przez Ubezpieczyciela oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Jeżeli warunki Ubezpieczenia nie uległy zmianie, Umowa Ubezpieczenia jest automatycznie przedłużona na kolejny rok, o ile Ubezpieczający poprzez zapłatę, zgodnie z § 7 OWU, składki należnej za pierwszy miesiąc obowiązywania przedłużonego Ubezpieczenia (odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu) potwierdził chęć kontynuowania

Ubezpieczenia na niezmienionych warunkach, z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej.

9. W przypadku, gdy warunki Ubezpieczenia mające obowiązywać w kolejnym okresie Ubezpieczenia ulegają zmianie, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego, pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w SUU, o zmianach warunków Ubezpieczenia nie później niż na 60 dni przed końcem bieżącego okresu Ubezpieczenia. Ubezpieczający może, poprzez zapłatę, zgodnie z § 7 OWU, składki należnej za pierwszy miesiąc obowiązywania przedłużonego Ubezpieczenia (odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu), wyrazić zgodę na kontynuowanie Ubezpieczenia na tych zmienionych warunkach, z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej.
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. Składka obliczana jest jako iloczyn łącznej stawki ubezpieczeniowej określonej w SUU oraz Salda zadłużenia obliczonego na dzień generowania Zestawienia.
2. Wysokość składki jest ustalana przez każdego z Ubezpieczycieli po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwzględnieniem wariantu Ubezpieczenia, okresu Ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty składki w wysokości wskazanej w odpowiednim Zestawieniu.

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

1. Zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia można dokonać w jeden z poniższych sposobów:
 - 1) pisemnie – na adres:
 - a) CNP Santander Insurance Life DAC i/lub CNP Santander Insurance Europe DAC,
 - 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa lub
 - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, 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.cnp santander.com,
 - 4) telefonicznie pod numerem: (0) 801 88 99 79.
2. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Agentowi lub Ubezpieczycielowi dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu.

Wymagane dokumenty	Zakres ubezpieczenia				
	A	B	C	D	E
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)	●				

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

3. Dodatkowe informacje:
 - 1) Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do Policji, prokuratury, sądu lub innych organów ścigania i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkowe informacje celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia, a także – za pisemną zgodą Ubezpieczonego – do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu w zakresie określonym w przepisie art. 38 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w zgodzie wyrażonej przez Ubezpieczonego.
 - 2) W przypadku Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, o ile nie wynika to z przedłożonych dokumentów, ma obowiązek dostarczenia co miesiąc dokumentów potwierdzających Czasową niezdolność do pracy, w celu potwierdzenia zasadności kontynuacji wypłaty świadczenia.
4. Wypłata świadczenia:
 - 1) Ubezpieczyciel jest zobowiązany spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie określonym w pkt 1 powyżej.

§ 9. BADANIE LEKARSKIE

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

§ 10. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

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

§ 11. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Wyłączenia ogólne:

1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych na skutek:
 - 1) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) Choroby lub niepełnosprawności fizycznej (z wyłączeniem niepełnosprawności psychicznej i intelektualnej) Ubezpieczonego zdiagnozowanych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia Ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego – w ciągu pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia Ubezpieczenia,
 - 4) Czasowej niezdolności do pracy i/lub Hospitalizacji będących wynikiem ciąży i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia rozpoczęcia Ubezpieczenia,
 - 5) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, powstania, zamieszek społecznych, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego lub nuklearnego, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz świadomego udziału Ubezpieczonego w dowolnym działaniu przestępczym, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) 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,
 - 8) katastrof naturalnych, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wyłączenia dodatkowe:

2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego jest związana z chorobami zakwalifikowanymi w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy wystąpiła wskutek:
 - 1) chorób zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99),
 - 2) niesprawności niepotwierdzonej badaniami lekarskimi,
 - 3) wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, niepotwierdzonych wynikami badań obrazowych.
4. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego powstała na skutek:
 - 1) chorób zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99),
 - 2) wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, niepotwierdzonych wynikami badań obrazowych,

- 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
- 4) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych Ubezpieczeniem,
- 5) wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy lekarz nie stwierdził w formie pisemnej oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
- 6) infekcji powstałych w trakcie Hospitalizacji,
- 7) jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala.
5. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja lub zabieg chirurgiczny na skutek Nieszczęśliwego wypadku wynika z:
 - 1) chorób zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99),
 - 2) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 3) jakiegokolwiek leczenia szpitalnego bądź zabiegu chirurgicznego z powodu Choroby,
 - 4) infekcji powstałych w trakcie Hospitalizacji,
 - 5) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych Ubezpieczeniem,
 - 6) wykonania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy lekarz nie stwierdził w formie pisemnej oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - 7) wszelkich uszkodzeń ciała powstałych przed datą objęcia Ubezpieczonego Ubezpieczeniem,
 - 8) uszkodzenia ciała wywołanego lub pozostającego w związku z uświłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania przez uprawnione osoby i organy,
 - 9) pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej,
 - 10) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, rozumianych jako przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób.
6. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli okres Czasowej niezdolności do pracy trwał krócej niż 30 dni.

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

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający ma prawo do rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia w każdym czasie.
3. Oświadczenie o odstąpieniu lub rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia może zostać złożone w formie pisemnego wniosku doręczonego Agentowi lub bezpośrednio Ubezpieczycielowi.
4. Oświadczenia, o których mowa powyżej, powinny zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczającego, numer PESEL oraz numer Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.
5. 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.
6. Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie trwania Ubezpieczenia spełnienie świadczenia spowodowało wyczerpanie Sumy ubezpieczenia.
7. W przypadku rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczenie trwa do końca Okresu rozliczeniowego przypadającego po dniu złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia.
8. 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

Ubezpieczenie wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:

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

§ 14. REKLAMACJE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie – na adres:
 - CNP Santander Insurance Life DAC i/lub CNP Santander Insurance Europe DAC,
 - 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa lub
 - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, Irlandia,
 - 2) pocztą elektroniczną – przesyłając e-mail na adres: reklamacje@pl.cnpsantander.com,
 - 3) telefonicznie pod numerem: (0) 801 88 99 79.
2. Osobą właściwą do rozpatrywania reklamacji z ramienia Ubezpieczyciela jest dyrektor operacyjny.
3. Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 3, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Ubezpieczyciel poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując i wyjaśniając przyczynę opóźnienia, wskazując okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.
5. O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Ubezpieczyciela w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
6. Jeżeli osoba fizyczna, która wystąpiła z Reklamacją, wyczerpała wszystkie możliwości rozstrzygnięcia kwestii będącej przedmiotem sporu na drodze dialogu z Ubezpieczycielem, wówczas taka osoba fizyczna ma prawo do wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub z powództwem do sądu powszechnego.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia będący konsumentem może również zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
8. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów jest:
 - Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (strona www: www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny),
 - Rzecznik Finansowy (strona www: www.rf.gov.pl/).

§ 15. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

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

§ 16. PODATKI

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

§ 17. DORĘCZENIA

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

§ 18. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW

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

§ 19. AKTUALIZACJA INFORMACJI

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

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

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

§ 20. POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

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

Dublin, 21 lutego 2018