

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Nr H10/PA2016 - Wariant 4

Kredyty na zakup towarów i usług zawierane na odległość

Informacja dotycząca Ubezpieczenia w ramach Ogólnych Warunków Ubezpieczenia numer H10/PA2016

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

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

§ 1. WSTĘP

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

§ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane z dużej litery oznaczają:

- Agent** – Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Towarzystwa.
 - Aktywność zawodowa** – oznacza:
 - 1) prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej lub zawodowej,
 - 2) świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy,
 - 3) świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej.
- Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby czasowo niezdolne do pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego o Czasowej niezdolności do pracy przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy lub przebywające na urlopach macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich lub płatnych urlopach wypoczynkowych.

- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
- Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony Umowy kredytowej w dniu jej zawarcia.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych, pod fachową opieką lekarską, poprzedzony odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
- Klient** – osoba fizyczna (konsument), która zawarła Umowę kredytową z Santander Consumer Bank S.A.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenie ciała.
- Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** - niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną przy udziale Pojazdu będącego w ruchu, rezultatem którego jest fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego. Pod pojęciem Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego powstałe w okresie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek Pojazd będący w ruchu.
- OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr H10/PA2016 wariant 4.
- Pojazd** – urządzenie mechaniczne przeznaczone do transportu lądowego posiadające silnik, oraz rower i wszelkie inne urządzenie do transportu wodnego lub lotniczego.
- Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
- Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa, określona w § 8 OWU.
- Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Towarzystwo zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz 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 Dublin, Irlandia, Block 8, Harcourt Centre, Dublin 2 zarejestrowana w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488063. CNP Santander Insurance Life DAC posiada zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej udzielone przez Central Bank of Ireland oraz Komisję Nadzoru Finansowego i podlega nadzorowi:
 - Central Bank of Ireland w Irlandii, oraz
 - Komisji Nadzoru Finansowego w Polsce, w zakresie zezwolenia wydanego przez tą instytucję.
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 1 pkt 6) OWU.
- Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty składki.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
- Ubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
- Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Towarzystwa załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część.
- Umowa kredytowa** – umowa o kredyt na zakup towarów i usług, zawierana na odległość, bez jednoczesnej fizycznej obecności obu stron, pomiędzy Klientem i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu na kwotę kredytu nieprzekraczającą 50.000,00 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
- 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).

23. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte Ubezpieczeniem w ramach Umowy, które zaszły w okresie Ubezpieczenia określone w § 4 OWU.

§ 3. RODZAJ I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego (ubezpieczenia osobowe)

§ 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Zakres Ubezpieczenia wskazany jest w poniższej Tabeli i obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie Ubezpieczenia niezależnie od miejsca ich wystąpienia:

Zakres Ubezpieczenia	
1)	Śmierć Ubezpieczonego
2)	Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku
3)	Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego
4)	Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 14 dób
5)	Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 14 dób
6)	Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego

§ 5. ŚWIADCZENIA

- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego:
W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Uposażonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, obliczonej zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 1 OWU.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku:
W razie śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, poza świadczeniem określonym powyżej w ust. 1, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu dodatkowe świadczenie w wysokości 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 1 OWU.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego:
W razie śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, poza świadczeniem określonym powyżej w ust. 1 i 2, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu dodatkowe świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 1 OWU.

PRZYKŁAD:

W przypadku śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego należne świadczenie będzie równe sumie:

- świadczenia z tytułu śmierci z dowolnej przyczyny (100% Sumy ubezpieczenia).
 - świadczenia z tytułu śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku (200% Sumy ubezpieczenia).
 - świadczenia z tytułu śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (100% Sumy ubezpieczenia).
- Łącznie świadczenie należne wynosić będzie 400% Sumy ubezpieczenia.

- Świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającej co najmniej 14 dób:
 - 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 zdiagnozowana w trakcie trwania Ubezpieczenia,
 - trwała nieprzerwanie przez co najmniej 14 kolejno następujących po sobie dób.
 - Pierwsze świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 2. OWU po nieprzerwanym 14-dobowym okresie Hospitalizacji.
 - Drugie i kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego płatne są od 15 doby Hospitalizacji za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej Hospitalizacji.
 - Świadczenie jest należne jedynie za okres Hospitalizacji, w trakcie której Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem.

- W ramach jednej Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6.
- 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 całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 2 OWU, przy czym do powyższego limitu nie jest wliczany limit dotyczący świadczeń z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenia z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego trwającej co najmniej 14 dób:
 - 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,
 - trwała nieprzerwanie przez co najmniej 14 kolejno następujących po sobie dób.
 - Pierwsze świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 3. OWU po nieprzerwanym 14-dobowym okresie Hospitalizacji.
 - Drugie i kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego płatne są od 15 doby Hospitalizacji za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej Hospitalizacji.
 - Świadczenie jest należne jedynie za okres Hospitalizacji, w trakcie której Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem.
 - W ramach jednej Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6.
 - Następujące po sobie okresy Hospitalizacji będą uznawane za jedną Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
 - W ramach wszystkich Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku w trakcie trwania Ubezpieczenia całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 3 OWU, przy czym do powyższego limitu nie jest wliczany limit dotyczący świadczeń wypłaconych z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

PRZYKŁAD:

Ubezpieczony, którego miesięczna rata kredytu wynosi 100,00 złotych na skutek Nieszczęśliwego wypadku trafia do Szpitala i przez 50 dni podlega Hospitalizacji. W związku z tym przysługuje mu prawo do następujących świadczeń:

- Z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku – jednej raty za pierwsze 14 dni pobytu w Szpitalu oraz drugiej raty za kolejne pełne 30 dni (2 raty kredytu, czyli 200,00 złotych) oraz dodatkowo
 - z tytułu Hospitalizacji na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku – jednej raty za pierwsze 14 dni oraz drugiej raty za kolejne pełne 30 dni (2 raty kredytu, czyli kolejne 200,00 złotych).
- Łącznie Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości 4 rat kredytu, czyli 400,00 złotych. Za ostatnie 6 dni pobytu w Szpitalu świadczenie nie przysługuje.

- Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego:
 - W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo wystąpienia w trakcie trwania Ubezpieczenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 4 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.
 - W przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby, powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
 - całkowitej stracie wzroku w obu oczach, lub
 - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - stracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej stracie mowy, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub

- 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).
- 4) 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 warunku dotyczącego upływu okresu 6 miesięcy nie stosuje się.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY, OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Klient, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat oraz:
 - 1) nie ukończy 75 lat w dniu wskazanym w Harmonogramie, jako ostateczny dzień spłaty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytowej - w przypadku Klientów, którzy zawarli Umowę kredytową na kwotę kredytu nieprzekraczającą lub równą 20.000,00 (dwadzieścia tysięcy) złotych,
 - 2) nie ukończy 65 lat w dniu wskazanym w Harmonogramie, jako ostateczny dzień spłaty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytowej - w przypadku Klientów, którzy zawarli Umowę kredytową na kwotę kredytu przekraczającą 20.000,00 (dwadzieścia tysięcy) złotych a nieprzekraczającą lub równą 50.000,00 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
2. Klient, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia składki zgodnie z § 7 OWU.
3. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta – w przypadku:
 - 1) Umów Ubezpieczenia zawieranych drogą elektroniczną – z dniem potwierdzenia przez Klienta warunków SUU w formie elektronicznej,
 - 2) Umów Ubezpieczenia zawieranych w innym trybie (doręczanych przez kuriera) - z dniem doręczenia Ubezpieczającemu jednego egzemplarza SUU podpisanego przez Agenta w imieniu Towarzystwa, wraz z całą dokumentacją stanowiącą Umowę Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczenie rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy kredytowej, pod warunkiem opłacenia składki. W przypadku nieopłacenia składki Ubezpieczenie nie rozpoczyna się.
5. Jeżeli treść SUU 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 dnia doręczenia SUU nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
7. Okres Ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania zgodnie z Harmonogramem.

§ 7. SKŁADKA

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

§ 8. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego równa jest sumie:
 - 1) kwoty kapitału kredytu pozostałej do spłaty, wynikającej z Harmonogramu, obliczanej na dzień wymagalności: raty kredytu przypadającej w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w dniu wymagalności, zgodnie z Harmonogramem, raty kredytu) lub najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz

- 2) kwoty odsetek będących częścią kapitalowo-odsetkowej raty kredytu, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jednak nie może być wyższa niż 50.000,00 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej, zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po nieprzerwanym 14-dobowym okresie Hospitalizacji. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich Hospitalizacji, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytowej nie może przekroczyć kwoty 18.000,00 (osiemnaście tysięcy) złotych.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej, zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po nieprzerwanym 14-dobowym okresie Hospitalizacji. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich Hospitalizacji, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytowej nie może przekroczyć kwoty 18.000,00 (osiemnaście tysięcy) złotych.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego równa jest sumie:
 - 1) kwoty kapitału kredytu pozostałej do spłaty, wynikającej z Harmonogramu, obliczanej na dzień wymagalności: raty kredytu przypadającej w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w dniu wymagalności, zgodnie z Harmonogramem, raty kredytu) lub najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, oraz
 - 2) kwoty odsetek będących częścią kapitalowo-odsetkowej raty kredytu, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, jednak nie może być wyższa niż 50.000,00 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych.

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

1. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia można dokonać w jeden z poniższych sposobów:
 - 1) korespondencyjnie – na adres:
 - a) CNP Santander Insurance Life DAC:
 - a. 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa, lub
 - b. 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 – przesyłając 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
1) Wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,	X	X	X
2) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia,	X	X	X
3) Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego (oryginał lub kopia potwierdzona przez Agenta),	X		
4) Statystyczna karta zgonu lub inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu (oryginał lub kopia potwierdzona przez Agenta),	X		
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),	X	X	X
6) Kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego potwierdzającej przyczynę zdarzenia, w tym karty wypisowej ze szpitala w przypadku Hospitalizacji,		X	
7) Kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, jeżeli zdarzenie	X	X	X

jest związane z wypadkiem przy pracy,			
8) Kopia dowodu prowadzenia Aktywności zawodowej przez Ubezpieczonego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (o ile ma zastosowanie)		X	X
9) Orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu.		X	
A – Śmierć (w tym Śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku i Śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego)	B - Trwała i całkowita niezdolność do pracy	C - 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.

Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczającego.
3. W przypadku niepodania danych 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 pozostałym spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

§ 12. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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,
 - 3) Choroby lub niepełnosprawności Ubezpieczonego zdiagnozowanych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia Ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego - w ciągu pierwszych 6 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 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.
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego powstała na skutek:
 - 1) wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - 2) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 3) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową Ubezpieczenia,
 - 4) wykonywania 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 zdiagnozowanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - 5) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych;
 - 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 będący konsumentem może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy Ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia Ubezpieczającemu informacji wymaganych przy składaniu propozycji zawarcia Umowy Ubezpieczenia przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa regulujące zawieranie umów ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy.
2. Ubezpieczający ma prawo do rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia w każdym czasie, także w przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty kredytu przed terminem określonym w Umowie kredytowej.
3. Oświadczenie o odstąpieniu lub rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia może zostać złożone w formie pisemnego wniosku doręczonego Agentowi lub bezpośrednio Towarzystwu, lub w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej w formie elektronicznej – także w formie kopii (skanu) pisemnego wniosku przesłanego drogą elektroniczną. Oświadczenia, o których mowa powyżej, powinny zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczającego, numer PESEL oraz numer Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot zostanie dokonany niezwłocznie nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania od Ubezpieczającego oświadczenia woli w

przedmiocie odstąpienia lub rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia.

5. Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej spełnienie świadczenia spowodowało wyczerpanie Sumy ubezpieczenia.
6. W przypadku rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczenie trwa do końca danego miesiąca udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej, tj. do dnia wymagalności (włącznie z tym dniem) najbliższej (ustalonej zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia.

§ 14. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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

- 1) upływ okresu, za który została opłacona składka,
- 2) śmierć Ubezpieczonego,
- 3) stwierdzenie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego – w przypadku wypłaty świadczenia w pełnej wysokości z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
- 4) odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
- 5) z upływem dnia wymagalności najbliższej (ustalonej zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia,
- 6) upływ okresu wskazanego w Harmonogramie, na jaki został udzielony kredyt na podstawie Umowy kredytowej.

§ 15. REKLAMACJE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie na adres: CNP Santander Insurance Life DAC:
 - 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa, lub
 - Block 8, Harcourt Centre, Dublin 2, Irlandia,
 - 2) pocztą elektroniczną – przesyłając e-mail na adres: reklamacje@pl.cnpsantander.com
 - 3) telefonicznie pod numerem: (0) 801 88 9979.
2. Osobą właściwą do rozpatrywania reklamacji z ramienia Towarzystwa jest dyrektor operacyjny.
3. Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 3, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.
5. O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Towarzystwo w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
6. Jeżeli osoba fizyczna, która wystąpiła z Reklamacją, wyczerpała wszystkie możliwości rozstrzygnięcia kwestii będącej przedmiotem sporu na drodze dialogu z Towarzystwem, wówczas taka osoba fizyczna ma prawo do złożenia Reklamacji u Rzecznika Finansowego.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia będący konsumentem może również zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta

§ 16. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

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

§ 17. PODATKI

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

§ 18. DORĘCZENIA

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

Ubezpieczenia powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i 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