CNP SANTANDER INSURANCE

Santander Consumer Bank

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NR H29/PA2016 – WARIANT 4 KREDYTY NA ZAKUP TOWARÓW I USŁUG

Informacja dotycząca Ubezpieczenia w ramach Ogólnych Warunków Ubezpieczenia numer H29/PA2016 Wariant 4

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 §13

Przykłady zawarte w treści 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 Grupowej Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy CNP Santander Insurance Life DAC z siedzibą w Dublinie, w Irlandii (Towarzystwo) a Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu (Ubezpieczający) i stanowią integralną część tej Umowy Ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane z dużej litery oznaczają:

1. **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.
2. **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.
3. **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.
4. **Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia** – oświadczenie woli składane przez Kredytobiorcę, potwierdzające wolę przystąpienia do Ubezpieczenia.
5. **Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony Umowy kredytowej w dniu jej zawarcia.
6. **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.
7. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna (konsument), która zawarła Umowę kredytową z Ubezpieczającym.
8. **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.
9. **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr H29/PA2016, wariant 4.
10. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
11. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa, określona w § 8 niniejszych OWU.
12. **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.
13. **Towarzystwo** – CNP Santander Insurance Life DAC z siedzibą w Dublin, Irlandia, 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, Irlandia 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.
14. **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.
15. **Ubezpieczający** – Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, 53-611, ul. Strzegomska 42c.
16. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
17. **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, który zgodnie z warunkami Umowy Ubezpieczenia jest objęty Ubezpieczeniem.
18. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, na którą składają się: Umowa Grupowego Ubezpieczenia Na Życie Kredytobiorców nr H29/PA2016 oraz postanowienia niniejszych OWU, przy czym wyłączną częścią Umowy Ubezpieczenia dotyczącą praw i obowiązków Ubezpieczonego oraz obowiązków Ubezpieczającego i Towarzystwa wobec Ubezpieczonego są niniejsze OWU, z zastrzeżeniem, że zasady ponoszenia przez Ubezpieczonego kosztu składki uregulowano w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia i w Umowie kredytowej.
19. **Umowa kredytowa** – umowa o kredyt na zakup towarów i usług zawierana pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym.
20. **Uprawniony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego (w tym śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku).
21. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte Ubezpieczeniem w ramach Umowy Ubezpieczenia, 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

Kredytobiorcy przystępujący do Ubezpieczenia zostają objęci Ubezpieczeniem w zakresie zgodnym z wariantem Ubezpieczenia określonym w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, obejmującym następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe niezależnie od miejsca ich wystąpienia:

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

5) Czasowa niezdolność do pracy dla osób, które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności nie ukończyły 65. roku życia oraz są Aktywne zawodowo, a dla pozostałych osób - Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 30 dób

§ 5. ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego:
   W razie śmierci Ubezpieczonego, należne świadczenie, równe Sumie ubezpieczenia obliczonej zgodnie z § 9 ust. 1 OWU, jest wypłacane Uprawnionemu.
2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku:
   W razie śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, poza świadczeniem określonym w ust. 1 powyżej, Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu dodatkowe świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z postanowieniami § 9 ust. 1 OWU.
3. Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego:
   1) W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo wystąpienia w trakcie trwania Ubezpieczenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, należne świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w § 9 ust. 2 OWU wypłacone zostanie Ubezpieczonemu pod warunkiem, że w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby, powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, Ubezpieczony był objęty Ubezpieczeniem.
   2) Z zastrzeżeniem pkt 3) poniżej 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 Aktywny zawodowo i nie ukończył 65. roku życia.
   3) 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:
      a) całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
      b) całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
      c) całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
      d) 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 kończyny dolnej (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. 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.
4. Świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającej co najmniej 14 dób:
   1) W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku pierwsze świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 9 ust. 3 OWU, po nieprzerwanym 14-dobowym okresie Hospitalizacji.
   2) 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.
   3) 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.
   4) Świadczenie jest należne jedynie za okres Hospitalizacji, w trakcie której Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem.
   5) W ramach jednej Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub 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 § 9 ust. 3 OWU,
      przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 5 poniżej.
   6) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji będą uznawane za jedną Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
   7) W ramach wszystkich Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby 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 § 9 ust. 3 OWU,
      przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 5 poniżej.
5. Świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego dla osób Aktywnych zawodowo, które nie ukończyły 65. roku życia albo Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są Aktywne zawodowo:
   1) W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, świadczenie w wysokości określonej w § 9 ust. 4 OWU będzie należne 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.
   2) Świadczenie płatne jest za każde pełne 30 dób 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 § 9 ust. 4 OWU.
   3) 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 kolejnej Czasowej niezdolności do pracy i jest ona traktowana jako kontynuacja poprzedniej Czasowej niezdolności do pracy.
   4) Prawo do świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się z dniem wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń:
      w przypadku jednego zdarzenia:
      a) z upływem 6. (szóstego) 30-dobowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu jednej Czasowej niezdolności do pracy,
      b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy,
      w przypadku wielu zdarzeń:
      c) z upływem 12. (dwunastego) 30-dobowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu wszystkich Czasowych niezdolności do pracy występujących w trakcie Ubezpieczenia
      niezależnie od ilości zgłoszonych zdarzeń:
      d) z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
      e) z dniem, kiedy Ubezpieczony uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
      f) z chwilą nabycia prawa do wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, zgodnie z § 9 ust. 4 OWU,
      g) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z § 7 OWU.
   5) W razie Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji ma ukończony 65. rok życia lub nie jest Aktywny zawodowo, pierwsze świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 9 ust. 4 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 § 9 ust. 4 OWU,
      przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, 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 § 9 ust. 5 OWU,
      przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 4 powyżej.

PRZYKŁAD

Ubezpieczony jest czasowo niezdolny do pracy. Czasowa niezdolność do pracy wystąpiła w okresie Ubezpieczenia i została orzeczona na okres 7 miesięcy. Miesięczna rata kredytu wynosi 300,00 złotych. Ubezpieczonemu zostanie wypłaconych 6 świadczeń w pełnej wysokości (300,00 złotych każde), łącznie w kwocie 1.800,00 złotych, ponieważ

zgodnie z § 5 ust. 6 pkt 2 OWU może otrzymać maksymalnie 6 świadczeń, a zgodnie z § 9 ust. 5 OWU łączna suma ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 złotych.

6. Świadczenia z tytułu:
   1) Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 14 dób,
   2) Czasowej niezdolności do pracy lub Hospitalizacja na skutek Nieszczęśliwego wypadku o których mowa w ust. 4-5 powyżej nie sumują się.

§ 6. KWALIFIKACJA DO OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Kredytobiorca, który spełnia łącznie poniższe warunki:
   1) w dniu przystąpienia do Ubezpieczenia ukończył 18 lat,
   2) w dniu wskazanym w Harmonogramie jako ostateczny dzień spłaty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytowej nie ukończy 75 lat.
2. Kredytobiorca, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli złoży Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia.
3. Każdorazowo w przypadku zawarcia Umowy kredytowej i złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia przez danego Kredytobiorcę, taki Kredytobiorca jest uznawany za nowego Ubezpieczonego.

§ 7. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia jest dzień następujący po dniu, w którym Kredytobiorca zawarł Umowę kredytową z Ubezpieczającym oraz złożył Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki zgodnie z § 8 OWU.
2. Okres Ubezpieczenia trwa od daty rozpoczęcia Ubezpieczenia, zgodnie z ust. 1, do dnia wskazanego w Harmonogramie jako ostateczny dzień spłaty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytowej.
3. Ubezpieczenie w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:
   1) upływu okresu, za który została opłacona składka,
   2) śmierci Ubezpieczonego,
   3) stwierdzenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego – w przypadku wypłaty świadczenia w pełnej wysokości,
   4) odstąpienia od Umowy kredytowej przez Ubezpieczonego,
   5) z upływem dnia wymagalności najbliższej (ustalonej zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia,
   6) z upływem okresu wskazanego w Harmonogramie, na jaki został udzielony kredyt na podstawie Umowy kredytowej.

§ 8. SKŁADKA

1. Wysokość składki jest ustalana przez Towarzystwo po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego z uwzględnieniem wariantu Ubezpieczenia, okresu Ubezpieczenia, struktury demograficznej grupy Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia.
2. Składki płatne są przez Ubezpieczającego w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego w chwili zawarcia Umowy kredytowej.

§ 9. SUMA UBEZPIECZENIA

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

   jednak nie może być wyższa niż 70.000,00 (siedemdziesiąt tysięcy) złotych.
2. 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 Zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz
   2) kwoty odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty kredytu, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,

   jednak nie może być wyższa niż 70.000,00 (siedemdziesiąt tysięcy) złotych.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, obejmującej pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu przez co najmniej 14 dób, jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej, zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po rozpoczęciu nieprzerwanego 14-dobowego okresu Hospitalizacji. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich Hospitalizacji, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytowej, nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (czterdzieści osiem tysięcy) złotych.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego dla osób, które nie ukończyły 65. roku życia oraz są Aktywne zawodowo, oraz z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku dla pozostałych osób, jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej, zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po odpowiednio: nieprzerwanym 30-dniowym okresie Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub po nieprzerwanym 30-dobowym okresie Hospitalizacji Ubezpieczonego. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich zdarzeń Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego oraz Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytowej, nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (czterdzieści osiem tysięcy) złotych.

§ 10. 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
         - 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 – 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 Ubezpieczającemu 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 skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego (oryginał lub kopia potwierdzona przez Ubezpieczającego),	●			
4) statystyczna karta zgonu lub inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu (oryginał lub kopia potwierdzona przez Ubezpieczającego),	●			
5) kopia dokumentów sporządzonych przez Policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie (o ile ma zastosowanie),	●	●	●	●
6) kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego potwierdzającej przyczynę zdarzenia, w tym karty wypisowej ze szpitala w przypadku Hospitalizacji,		●	●	●
7) kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, jeżeli zdarzenie jest związane z wypadkiem przy pracy,	●	●	●	●
8) kopii zwolnienia lekarskiego, orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenia wydanego przez lekarza rzeczoznawcę KRUS, lub inny organ uprawniony do orzekania w zakresie niezdolności do pracy,			●	
9) kopia dowodu prowadzenia Aktywności zawodowej przez Ubezpieczonego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (o ile ma zastosowanie),		●	●	●
10) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu.		●		

A – Śmierć (w tym Śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku)
B – Trwała i całkowita niezdolność do pracy
C – Czasowa niezdolność do pracy
D – Hospitalizacja

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.

§ 11. 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.

§ 12. WSKAZANIE I ZMIANA UPRAWNIONEGO

1. Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uprawnionego przez doręczenie do Towarzystwa pisemnego oświadczenia w każdy sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
2. W celu wskazania lub zmiany Uprawnionego należy podać następujące informacje:
   1) numer Umowy kredytowej,
   2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
   3) imię i nazwisko Uprawnionego (lub w przypadku, gdy Uprawniony nie jest osobą fizyczną: nazwę Uprawnionego),
   4) datę urodzenia Uprawnionego (jeśli jest osobą fizyczną),
   5) adres do korespondencji Uprawnionego (lub w przypadku, gdy Uprawniony nie jest osobą fizyczną: adres siedziby Uprawnionego),
   6) PESEL Uprawnionego (lub w przypadku, gdy Uprawniony nie jest osobą fizyczną: NIP),
   7) udział procentowy Uprawnionego w części świadczenia.

   Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego.
3. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie Uprawnionego świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 5 poniżej.
4. Jeżeli Uprawniony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uprawnionego staje się bezskuteczne.
5. W przypadku braku 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.

§ 13. 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 6 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 substancji 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) 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 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 rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
   5) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
   6) infekcji powstałych w trakcie Hospitalizacji,
   7) jakiejkolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala.

§ 14. REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z Ubezpieczenia w każdym momencie jego trwania, także w przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty kredytu przed terminem określonym w Umowie kredytowej.
2. Oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia Ubezpieczony składa w formie pisemnej Ubezpieczającemu na adres: Santander Consumer Bank S.A. ul. Strzegomska 42c, 53-611 Wrocław.
3. Oświadczenie o rezygnacji powinno zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, numer PESEL, numer Umowy kredytowej oraz oświadczenie o rezygnacji z dalszego obejmowania Ubezpieczeniem.
4. W przypadku złożenia oświadczenia o rezygnacji z 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 Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia. W takim przypadku, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej przez Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie trwania Ubezpieczenia spełnienie świadczenia spowodowało wyczerpanie Sumy ubezpieczenia
6. Zwrot składki przez Towarzystwo na rzecz Ubezpieczającego nastąpi w terminie 30 dni od daty zakończenia Ubezpieczenia.

§ 15. REKLAMACJE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony 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
      - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, Irlandia,
   2) elektronicznie na adres e-mail: reklamacje@pl.cnpsantander.com,
   3) telefonicznie pod numerem (0) 801 88 9979.
2. Osobą właściwą do rozpatrzenia 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 lub Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia będący konsumentem może również zwrócić o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

§ 16. PODATKI

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia winny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie 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 Uprawnionego związane z Umową Ubezpieczenia powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
2. Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

§ 18. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW

1. Do stosunków Ubezpieczenia wynikających z Umowy Ubezpieczenia stosuje się prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawne.
2. Wszelka korespondencja pomiędzy stronami powinna być prowadzona w języku polskim.
3. Powództwo o roszczenie ze stosunku Ubezpieczenia wynikającego z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego.
4. Powództwo o roszczenie ze stosunku Ubezpieczenia wynikającego z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego.

§ 19. AKTUALIZACJA INFORMACJI

Ubezpieczający, Ubezpieczony i Towarzystwo są zobowiązani do niezwłocznego informowania siebie nawzajem o zmianach swoich danych, Ubezpieczony także o zmianach danych Uprawnionego 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 Ubezpieczonego należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego.

§ 20. 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.

HP_OWU_H29/PA2016_W4_2018_06