CNP SANTANDER INSURANCE

Santander Consumer Bank

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Bezpieczne Finanse

Informacja dotycząca ubezpieczenia w ramach Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Bezpieczne Finanse

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 § 10

§ 1. WSTĘP

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej także: „OWU") mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy CNP Santander Insurance Europe 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:

1. **Agent** – Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu (zwany dalej także: Bankiem) lub inny przedsiębiorca współpracujący z Bankiem w zakresie sprzedaży produktów i/lub usług oferowanych przez Bank, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych i wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej z Ubezpieczycielem.
2. **Aktywność zawodowa:**
   1) świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy,
   2) świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej,
   3) prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej, w tym rolniczej lub zawodowej.
3. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, zdiagnozowana przez lekarza, która wystąpiła u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. **Czasowa niezdolność do pracy** – utrzymująca się w okresie ubezpieczenia Choroba lub następstwa Nieszczęśliwego wypadku trwające co najmniej 30 dni i stwierdzone:
   1) przez lekarza i potwierdzona zaświadczeniem lekarskim wystawionym na stosownym druku lub
   2) lekarza Ubezpieczyciela i jego orzeczeniem.

   Lekarzem wystawiającym zaświadczenie nie może być Ubezpieczony lub współmałżonek Ubezpieczonego.
5. **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, pod opieką lekarską, poprzedzony odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala, rozpoczęty w okresie ubezpieczenia. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu trwający krócej niż 1 dzień, pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych, ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę, o ile nie jest skutkiem lub konsekwencją pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
6. **Klient** – osoba fizyczna zamierzająca zawrzeć Umowę Ubezpieczenia.
7. **Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Osoby bliskiej lub Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, nie było wynikiem Choroby i spowodowało u Ubezpieczonego lub Osoby bliskiej śmierć lub uszczerbek na zdrowiu.
8. **Osoby Aktywne Zawodowo** – osoby, które nie uzyskały prawa do emerytury lub renty zgodnie z właściwymi przepisami prawa oraz:
   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 urlopach macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich lub płatnych urlopach wypoczynkowych.
9. **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Bezpieczne Finanse.
10. **Osoba bliska** – współmałżonek, Partner, w wieku do 80 lat, dzieci własne lub przysposobione w wieku do 21 lat.
11. **Partner** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w nieformalnym związku, zamieszkujący w tym samym gospodarstwie domowym.

12. **Poważne zachorowanie** – nowotwór złośliwy, zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek, przeszczep narządów rozumiane zgodnie z poniższymi definicjami, zdiagnozowane w okresie ubezpieczenia:
    1) **nowotwór (guz) złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
        a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
        b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
        c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
        d) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
        e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
    2) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
        a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
        b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

        Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
    3) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
        a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
        b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzonych w badaniu neurologicznym w okresie 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
        c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

        Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
        a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
        b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
        c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
        d) jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.
    4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.
    5) **przeszczepianie narządów** – przeszczepienie Osobie bliskiej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
        a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
        b) szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
        c) Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
13. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, kierowane do Ubezpieczyciela, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
14. **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego zarejestrowanego jako bezrobotny we właściwym urzędzie, w rozumieniu Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Dzień uzyskania Statusu bezrobotnego wskazany jest w decyzji wydanej przez właściwy urząd.
15. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, określona dla każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazana na Polisie.
16. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, zgodnie z wybranym przez niego wariantem.
17. **Sporty niebezpieczne** – amatorskie uprawianie następujących dyscyplin i aktywności sportowych: wspinaczka górska i skałkowa, speleologia, rafting i wszystkie jego odmiany, wyścigi samochodowe lub motocyklowe w tym motocross, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, żeglarstwo morskie, myślistwo, sztuki walki i sporty obronne, kolarstwo górskie, narciarstwo (narty/snowboard) poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, skoki narciarskie, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na bezdechu, canyoning, baloniarstwo, bungee, B.A.S.E. jumping, surfing, kitesurfing, windsurfing, paralotniarstwo, szybownictwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo oraz wszelkie ich odmiany, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów). Za sporty ekstremalne uważa się również uczestniczenie w wyprawach surwiwalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi (pustynia, góry powyżej 2 500 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe lub śnieżne).
18. **Sporty uprawiane wyczynowo** – uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych polegające na uczestniczeniu w treningach, obozach, zawodach sportowych, a także traktowanie sportu jako zawód, stałe jego wykonywanie w celach zarobkowych.
19. **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.

20. **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty składki.
21. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
22. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie i interes majątkowy jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
23. **Ubezpieczyciel** – CNP Santander Insurance Europe DAC (zwane dalej CNPSIE) z siedzibą w Dublin, Irlandia 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, zarejestrowany w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488062 gwarantujący ochronę ubezpieczeniową zgodnie z zakresem określonym w § 4 niniejszych OWU. Ubezpieczyciel posiada zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej udzielone przez Central Bank of Ireland oraz notyfikował działalność ubezpieczeniową na terytorium Polski w Komisji Nadzoru Finansowego i podlega nadzorowi:
    - Central Bank of Ireland w Irlandii oraz
    - Komisji Nadzoru Finansowego w Polsce, w zakresie określonym we właściwych przepisach prawa.
24. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, Polisa oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Ubezpieczyciela załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część.
25. **Utrata pracy** – zakończenie Aktywności zawodowej z przyczyn nieleżących po stronie Ubezpieczonego, po której nastąpiło uzyskanie Statusu bezrobotnego. Ponadto:
    1) w przypadku wykonywania Aktywności zawodowej wskazanej w ust. 2 pkt 1) i 2) przez Utratę pracy rozumie się zakończenie wykonywania Aktywności zawodowej z przyczyn nieleżących po stronie Ubezpieczonego na zasadach przewidzianych w przepisach prawa pracy i odpowiednio prawa cywilnego skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego;
    2) w przypadku wykonywania Aktywności zawodowej wskazanej w ust. 2 pkt 3) przez Utratę pracy rozumie się zakończenie wykonywania Aktywności zawodowej polegające na zaprzestaniu prowadzenia działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej i wykreśleniu wpisu z ewidencji działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub dotyczącej wykonywania określonego zawodu, lub uprawomocnieniu się postanowienia o ogłoszeniu upadłości osoby prowadzącej działalność gospodarczą lub uprawomocnieniu się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego w sytuacji, gdy:
        a) w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony prowadzący działalność gospodarczą (w tym rolniczą) lub zawodową ponosił stratę, albo
        b) Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej wskutek obowiązywania na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie takiej działalności przez Ubezpieczonego.
26. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte Ubezpieczeniem, które zaszły w okresie Ubezpieczenia, określone w § 4 OWU.
27. **Zmiana sytuacji życiowej** – śmierć Osoby bliskiej Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Poważne zachorowanie Osoby bliskiej Ubezpieczonego.

§ 3. RODZAJ I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie (ubezpieczenia osobowe) oraz interes majątkowy (ubezpieczenia majątkowe) Ubezpieczonego.

§ 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Zakres Ubezpieczenia oferowany przez Ubezpieczyciela wskazany jest poniżej i obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe niezależnie od miejsca ich wystąpienia:

Lp.	Zakres Ubezpieczenia	Kryteria dla Ubezpieczającego
1.	Czasowa niezdolność do pracy	Dla osób, które w dniu zakończenia Umowy Ubezpieczenia będą miały poniżej 65 roku życia
2.	Utrata pracy	Dla osób Aktywnych zawodowo (§2 ust. 8 OWU)
3.	Zmiana sytuacji życiowej	Dla osób, które w dniu zakończenia Umowy Ubezpieczenia będą miały poniżej 65 roku życia
4.	Hospitalizacja	Dla osób, które w dniu zakończenia Umowy Ubezpieczenia będą miały poniżej 80 roku życia

2. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę Ubezpieczenia w dowolnym zakresie spośród wymienionego w ust.1 o ile spełnia kryteria dla Ubezpieczającego wskazane w ust. 1 (Tabela). W przypadku zakończenia Aktywności zawodowej Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania o tym Ubezpieczyciela.
3. CNP Santander Insurance może odmówić ochrony lub wypłaty świadczenia, jeżeli naraziłoby to Ubezpieczyciela na:
    - sankcje, zakazy lub ograniczenia zgodnie z rezolucjami ONZ lub
    - sankcje gospodarcze i finansowe UE lub wynikające z przepisów lub regulacji mających zastosowanie w zakresie przeciwdziałania finansowaniu terroryzmu.

§ 5. SUMA UBEZPIECZENIA I OPIS ŚWIADCZEŃ

1. Suma ubezpieczenia dla każdego z zakresów jest określona na Polisie na podstawie wyboru dokonanego przez Ubezpieczającego.
2. Każde wypłacone przez Ubezpieczyciela świadczenie w ramach jednego rodzaju Zdarzenia ubezpieczeniowego zmniejsza Sumę

ubezpieczenia, aż do jej całkowitego wyczerpania. W takiej sytuacji kończy się ochrona ubezpieczeniowa dla tego rodzaju Zdarzeń ubezpieczeniowych.

3. Zasady wypłaty świadczeń dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych oraz jego wysokość opisuje poniższa Tabela

Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe
1. Czasowa niezdolność do pracy	1. Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy należne jest za każde pełne, rozpoczęte w okresie ubezpieczenia, 30 dni potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy. 2. Świadczenie jest równe, wybranej przez Ubezpieczającego przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia, kwocie i wskazane jest wraz z Sumą ubezpieczenia na Polisie. 3. Maksymalna liczba świadczeń z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wynosi: a) 12 świadczeń – w przypadku pojedynczego zdarzenia, b) 24 świadczeń – w przypadku wielu zdarzeń. 4. W przypadku, gdy kolejne Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpi w czasie krótszym niż 6 miesięcy od daty zakończenia poprzedniego Zdarzenia ubezpieczeniowego, jest ono traktowane jako to samo zdarzenie a świadczenie wypłacane jest jako kontynuacja poprzedniego świadczenia. 5. Prawo do świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się z dniem wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń: i. W przypadku pojedynczego zdarzenia Czasowej niezdolności do pracy: a) z upływem 12 (dwunastego) 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie, b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy, ii. W przypadku wielu zdarzeń z upływem 24 (dwudziestego czwartego) 30-dniowego okresu, za który należne jest świadczenie z tytułu wszystkich zdarzeń Czasowej niezdolności do pracy, które wystąpiły w trakcie trwania okresu Ubezpieczenia.
2. Utrata pracy	1. Świadczenie z tytułu Utraty pracy należne jest za każde pełne, rozpoczęte w okresie ubezpieczenia, 30 dni potwierdzonego Statusu bezrobotnego licząc od dnia jego uzyskania. 2. Świadczenie jest równe, wybranej przez Ubezpieczającego przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia, kwocie i wskazane wraz z Sumą ubezpieczenia na Polisie. 3. Maksymalna liczba świadczeń dla Utraty pracy wynosi: i. Dla jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego: a) 6 świadczeń w wybranej wysokości – w sytuacji, gdy Utrata pracy nastąpiła w wyniku rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron bez wskazania przyczyny rozwiązania tej umowy, b) 12 świadczeń w wybranej wysokości – w sytuacjach innych niż wskazana w lit a) zgodnie z § 2 ust. 25 OWU. ii. 24 świadczeń - dla wielu zdarzeń ubezpieczeniowych. 4. W przypadku, gdy kolejne zdarzenie Utraty pracy wystąpi w czasie krótszym niż 6 miesięcy od daty utraty Statusu bezrobotnego z tytułu poprzedniego zdarzenia Utraty pracy, jest ono traktowane, jako kontynuacja poprzedniego zdarzenia i kontynuacja wypłaty poprzedniego świadczenia. 5. W przypadku, gdy nieprzerwany okres zatrudnienia pomiędzy zdarzeniami Utraty pracy nie jest krótszy niż 6 miesięcy przysługuje prawo do pełnego limitu świadczeń dla jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 3 6. Prawo do świadczenia z tytułu Utraty pracy kończy się z dniem wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń: i. W przypadku pojedynczego zdarzenia Utraty pracy: a) z upływem odpowiednio 6 (szóstego) lub 12 (dwunastego) - zgodnie z pkt 3) - 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu jednego zdarzenia Utraty pracy, b) z dniem utraty Statusu bezrobotnego, ii. W przypadku wielu zdarzeń z upływem 24 (dwudziestego czwartego) 30-dniowego okresu, za który należne jest świadczenie z tytułu wszystkich zdarzeń Utraty pracy, które wystąpiły w trakcie trwania Ubezpieczenia,
3. Zmiana sytuacji życiowej	1. W przypadku Zmiany sytuacji życiowej Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie osobno za Poważne zachorowanie Osoby bliskiej lub śmierć Osoby bliskiej w wysokości równej Sumie ubezpieczenia dla każdego z tych zdarzeń. 2. Wysokość Sum ubezpieczenia wybierana jest przez Ubezpieczającego przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia i jest wskazana na Polisie. 3. Prawo do świadczenia z tytułu Zmiany sytuacji życiowej kończy się z dniem wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń: 1) z dniem ukończenia przez Ubezpieczającego 65 roku życia lub 2) z dniem ukończenia przez współmałżonka/Partnera 80 roku życia o ile nie ma dzieci poniżej 21 roku życia lub 3) z dniem ukończenia przez dziecko 21 roku życia o ile nie ma innych dzieci w wieku poniżej 21 lat lub współmałżonka/Partnera poniżej 80 roku życia.
4. Hospitalizacja	1. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji przysługuje za każdy dzień pobytu w Szpitalu począwszy od pierwszego dnia. 2. Świadczenie jest równe, wybranej przez Ubezpieczającego przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia, kwocie i wskazane wraz z sumą ubezpieczenia na Polisie. 3. Maksymalna liczba świadczeń z tytułu Hospitalizacji może wynieść: a) 14 dziennych świadczeń – dla jednego zdarzenia Hospitalizacji, b) 20 dziennych świadczeń – dla wszystkich Zdarzeń Hospitalizacji w ciągu 12 miesięcy. 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.

Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe
	5. Prawo do świadczenia z tytułu Hospitalizacji kończy się z dniem wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń: i. W przypadku pojedynczego zdarzenia Hospitalizacji: a) z upływem 14. (czternastego) – zgodnie z pkt 3 – dnia, za który jest należne świadczenie z tytułu jednego zdarzenia Hospitalizacji, ii. W przypadku wielu zdarzeń: b) z upływem 20 (dwudziestego) dnia, za który należne jest świadczenie z tytułu wszystkich zdarzeń Hospitalizacji, które wystąpiły w trakcie 12 miesięcy.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY, OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty Klient, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat i spełnia kryteria określone w § 4 ust. 1 OWU dla poszczególnych zakresów ubezpieczenia.
2. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczający otrzyma od agenta Ogólne Warunki Ubezpieczenia, politykę prywatności oraz dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
   Uwaga: Dokumenty w każdej chwili Ubezpieczony znajdzie na naszej stronie internetowej. Dokumenty te wraz z polisą stanowią element dokumentacji ubezpieczeniowej.
3. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia Ubezpieczony musi zapoznać się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, polityką prywatności oraz dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
4. Klient, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia składki/ pierwszej raty składki (w przypadku dostępności takiej opcji i jej wyboru) zgodnie z § 7 OWU.
5. Ubezpieczenie rozpoczyna się:
   1) dzień po zawarciu Umowy Ubezpieczenia,
   2) w dniu opłacenia składki lub pierwszej raty składki,
   w zależności od tego co wydarzy się później i trwa zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego i wskazanym na Polisie okresem Ubezpieczenia, zgodnie z zapisem ust. 7. W przypadku nieopłacenia składki lub pierwszej raty składki Ubezpieczenie nie rozpocznie się.
6. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta z dniem:
   1) potwierdzenia przez Klienta warunków Polisy w formie elektronicznej – w przypadku Umów Ubezpieczenia zawieranych na odległość drogą elektroniczną lub,
   2) doręczenia Ubezpieczającemu jednego egzemplarza Polisy podpisanego przez Agenta w imieniu Ubezpieczyciela wraz z całą dokumentacją stanowiącą Umowę Ubezpieczenia – w przypadku Umów Ubezpieczenia zawieranych w placówce Agenta lub doręczanych przez kuriera.
7. Okres Ubezpieczenia, w zależności od wyboru Ubezpieczającego wynosi rok lub jego wielokrotność nie więcej niż 10 lat. W ramach jednej Umowy Ubezpieczenia Okres Ubezpieczenia jest taki sam dla całego wybranego zakresu ubezpieczenia, o których mowa w § 4 ust. 2 OWU.
8. Umowa Ubezpieczenia może zostać przedłużona:
   1) na dotychczasowych warunkach, na zasadach określonych w ust. 9 poniżej lub
   2) na zmienionych warunkach, na zasadach określonych w ust. 10 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 Ubezpieczyciela lub zmiana dokonywanej przez Ubezpieczyciela oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
9. W sytuacji, gdy Ubezpieczyciel skorzysta z uprawnienia określonego w ust. 8 pkt 1), Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego, pisemnie lub w innej formie wskazanej w Polisie, o braku zmian w warunkach Ubezpieczenia oraz o nowym okresie Ubezpieczenia nie później niż na 60 dni przed końcem bieżącego okresu Ubezpieczenia. Umowa Ubezpieczenia jest automatycznie przedłużona na ten sam okres, o ile Ubezpieczający poprzez zapłatę, zgodnie z § 7 OWU, składki/pierwszej raty składki (w przypadku płatności w ratach) należnej za kolejny okres potwierdził chęć kontynuowania Ubezpieczenia na niezmienionych warunkach, z zastrzeżeniem ust. 14 poniżej.
10. W sytuacji, gdy Ubezpieczyciel skorzysta z uprawnienia określonego w ust. 8 pkt 2), Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego, pisemnie lub w innej formie wskazanej w Polisie, o zmianach warunków Ubezpieczenia nie później niż na 60 dni przed końcem bieżącego okresu Ubezpieczenia. Ubezpieczający może, poprzez zapłatę składki/pierwszej raty składki (w przypadku płatności w ratach), zgodnie z § 7 OWU, wyrazić zgodę na kontynuowanie Ubezpieczenia na tych zmienionych warunkach, z zastrzeżeniem ust. 14 poniżej.
11. W przypadku braku zapłaty, zgodnie z § 7 OWU, składki/pierwszej raty składki (w przypadku płatności w ratach) należnej za kolejny okres ubezpieczenia Umowa Ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem bieżącego okresu Ubezpieczenia.
12. W przypadku przedłużenia umowy zgodnie z ust. 9 lub ust. 10 Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o datach początkowej i końcowej nowego okresu ubezpieczenia, na który została przedłużona Umowa Ubezpieczenia.
13. W przypadku przedłużenia Umowy Ubezpieczenia zgodnie z ust.9 lub ust. 10, Ubezpieczający otrzyma nową Polisę.
14. Ubezpieczyciel może nie zaproponować przedłużenia Umowy Ubezpieczenia zgodnie z ust. 8 i w takim przypadku ochrona wygasa zgodnie z okresem wskazanym w Polisie.

§ 7. SKŁADKA

1. Wysokość składki / rat składki z tytułu Ubezpieczenia Ubezpieczonego jest określona na Polisie.
2. Wysokość składki jest ustalana przez Ubezpieczyciela po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwzględnieniem zakresu Ubezpieczenia, okresu Ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia.
3. Składka płatna jest przez Ubezpieczającego w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub miesięcznie w uzgodnionych i podanych na Polisie terminach.

4. W przypadku płatności składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki podanej na Polisie może spowodować ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wówczas, gdy Ubezpieczyciel po upływie terminu zapłaty kolejnej raty składki wezwał Ubezpieczającego do jej zapłaty i poinformował, że brak zapłaty raty składki w terminie 7 dni od otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
5. Wezwanie, o którym mowa w ust.4 Ubezpieczyciel przekaże Ubezpieczającemu w formie pisemnej lub wskazanej na Polisie, tj:
   - poprzez wiadomości SMS lub
   - przez e-mail.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty składki w wysokości określonej na Polisie.

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

1. Zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia można dokonać w jeden z poniższych sposobów:
   1) W postaci elektronicznej:
      a) poprzez stronę https://www.cnpsantander.pl/zglos-roszczenie,
      b) przesyłając e-mail na adres: roszczenia@cnpsantander.pl,
   2) telefonicznie pod numerem: 801 88 99 79 lub 22 270 30 70,
   3) na piśmie – na adres:
      a) CNP Santander Insurance Europe DAC,
      - IV Piętro, ul. Konstruktorska 12a, 02-673 Warszawa lub
      - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irlandia,
      b) Santander Consumer Bank S.A., ul. Legnicka 48 B, 54-202 Wrocław,
   4) osobiście – w jednej z placówek Agenta.
2. Przy zgłoszeniu roszczenia należy podać:
   a) dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz PESEL lub nr Polisy),
   b) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
   c) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą.
3. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Agentowi lub Ubezpieczycielowi dokumentów określonych poniżej.

Wymagane dokumenty	Zakres ubezpieczenia				
	A	B	C	D	E
1. Wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Ubezpieczyciela lub w formie elektronicznej poprzez stronę internetową https://www.cnpsantander.pl/zglos-roszczenie.	●	●	●	●	●
2. Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.	●	●	●	●	●
3. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Osoby bliskiej.	●				
4. Kopia statystycznej karty zgonu Osoby bliskiej lub inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu.	●				
5. Kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub Osoby bliskiej potwierdzającej przyczynę zdarzenia, w tym: • karta wypisowa ze Szpitala w przypadku Hospitalizacji, • informacje o stanie zdrowia, diagnostyce lekarskiej, zastosowanym leczeniu, w tym operacjach wraz z wynikami badań, • kopia dokumentacji medycznej dot. daty rozpoznania choroby będącej przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego.	●	●	●		●
6. Kopia zwolnienia lekarskiego, które potwierdza okres i przyczynę niezdolności do pracy. O wydruk można poprosić lekarza.		●			
7. Kopia świadectwa pracy lub innego dokumentu potwierdzającego ustanie Aktywności zawodowej.				●	
8. Kopia zaświadczenia o posiadaniu Statusu bezrobotnego.				●	
9. Zgoda Osoby bliskiej na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych.					●
10. Oświadczenie Ubezpieczonego o braku pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia z: a) osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub, b) wspólnikiem w spółce osobowej lub, c) udziałowcem w spółce kapitałowej posiadającym ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych (nie dotyczy sytuacji, kiedy akcje przedsiębiorstwa notowane są na giełdzie papierów wartościowych).				●	

Wymagane dokumenty	Zakres ubezpieczenia				
	A	B	C	D	E

A – Zmiana sytuacji życiowej Ubezpieczonego – śmierć Osoby bliskiej na skutek Nieszczęśliwego wypadku
B – Czasowa niezdolność do pracy
C – Hospitalizacja
D – Utrata pracy
E – Zmiana sytuacji życiowej Ubezpieczonego – Poważne zachorowanie Osoby bliskiej

4. Dodatkowe informacje:

   W przypadku, gdy dokumenty, o których mowa w ust. 2 okażą się niewystarczające do stwierdzenia zasadności roszczenia lub wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może wystąpić o przekazanie innych posiadanych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności. W przypadku Utraty pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczony, ma obowiązek dostarczenia co miesiąc dokumentów potwierdzających odpowiednio Status bezrobotnego lub Czasową niezdolność do pracy, w celu potwierdzenia zasadności kontynuacji wypłaty świadczenia, o ile nie wynika to z wcześniej przedłożonych dokumentów.

5. 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. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Wyłączenia ogólne:
1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych na skutek:
   1) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
   2) 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,
   3) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego lub Osobę bliską oraz świadomego udziału Ubezpieczonego lub Osoby bliskiej w działaniu przestępczym, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
   4) 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,
   5) katastrof naturalnych, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wyłączenia dodatkowe:
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Zmiany sytuacji życiowej w związku ze śmiercią Osoby bliskiej na skutek Nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone, jeżeli
   1) śmierć nie nastąpiła na skutek nieszczęśliwego wypadku lub miała miejsce ponad 6 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku,
   2) Nieszczęśliwy wypadek był skutkiem uprawiania Sportów niebezpiecznych lub Sportów uprawianych wyczynowo,
   3) śmierć nastąpiła na skutek błędu lekarskiego lub zabiegu medycznego.
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy nie została potwierdzona przez lekarza.
4. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego powstała na skutek:
   1) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
   2) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych Ubezpieczeniem,
   3) 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,
   4) jakiejkolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala, chyba że jest to kontynuacja pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
5. Dodatkowo świadczenie z tytułu Utraty pracy nie zostanie wypłacone, jeżeli:
   1) zakończenie Aktywności zawodowej nastąpiło w okresie pierwszych 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, rozumiane jako dzień zakończenia stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej lub zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej zgodnie z postanowieniem § 2 ust. 25 pkt. 2,
   2) Ubezpieczony znajdował się w okresie wypowiedzenia w momencie zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
   3) Ubezpieczony utracił Status bezrobotnego,
   4) stosunek pracy lub umowa cywilnoprawna wygasły w związku z upływem okresu, na jaki zostały zawarte,
   5) zakończenie Aktywności zawodowej nastąpiło z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczonego,
   6) w okresie 90 dni przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający wiedział, iż zatrudniający go pracodawca dokonał przynajmniej jednej z następujących czynności:
      a) złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o wypowiedzeniu dotychczasowych warunków pracy lub płacy,
      b) zakomunikował zakładowej organizacji związkowej zamiar wypowiedzenia Ubezpieczonemu umowy o pracę,
      c) zawiadomił zakładowe organizacje związkowe albo powiatowy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych,
      d) poinformował Ubezpieczonego o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę,

e) pracodawca złożył wniosek o ogłoszenie upadłości, likwidacji lub rozpoczął postępowanie układowe zakładu pracy.

7) Utrata pracy nastąpiła w związku z zakończeniem stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej:
   a) z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, która jest krewnym lub powinowatym Ubezpieczonego do drugiego stopnia,
   b) ze spółką osobową, w której wspólnikiem jest krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia,
   c) ze spółką kapitałową, w której krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia posiada ponad 50% udziałów/ akcji lub jest członkiem jej władz statutowych (nie dotyczy sytuacji, kiedy akcje przedsiębiorstwa notowane są na giełdzie papierów wartościowych).

6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli okres Czasowej niezdolności do pracy lub okres posiadania Statusu bezrobotnego trwał krócej niż 30 dni
7. Ubezpieczyciel nie ponosi także odpowiedzialności, jeżeli do Czasowej niezdolności do pracy albo Hospitalizacji doszło na skutek Choroby w ciągu 60 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia.

§ 10. ODSTĄPIENIE LUB REZYGNACJA Z UMOWY UBEZPIEZPIECZENIA (WYPOWIEDZENIE)

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku Umów Ubezpieczenia zawieranych na odległość Ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od Umowy 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 Umowy Ubezpieczenia (wypowiedzenia) w każdym czasie z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Oświadczenie o odstąpieniu lub rezygnacji z Umowy Ubezpieczenia (wypowiedzeniu) może zostać złożone w formie pisemnego wniosku doręczonego Agentowi lub bezpośrednio Ubezpieczycielowi, lub 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 Polisy.
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 o odstąpienia lub rezygnacji z Umowy Ubezpieczenia (wypowiedzenia).
5. Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie trwania Ubezpieczenia spełnienie świadczenia spowodowało wyczerpanie Sumy ubezpieczenia.
6. W przypadku rezygnacji z Umowy Ubezpieczenia (wypowiedzenia), gdzie płatność jest w ratach Ubezpieczenie trwa do końca danego okresu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, tj. do dnia wymagalności (włącznie z tym dniem) najbliższej raty składki przypadającej po dniu złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z Umowy Ubezpieczenia (wypowiedzeniu).

§ 11. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczenie w stosunku do każdego Ubezpieczonego wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:
   1) upływu okresu, za który została opłacona składka/rata składki,
   2) śmierci Ubezpieczonego,
   3) odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia lub rezygnacji z Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
   4) wyczerpania Sumy ubezpieczenia w ramach wszystkich zakresów Umowy Ubezpieczenia,
   5) w przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia w zakresie: czasowej niezdolności do pracy lub w zakresie Zmiany sytuacji życiowej Ubezpieczający ukończył 65 lat,
   6) w przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia w zakresie Hospitalizacji Ubezpieczający ukończył 80 lat,
   7) w przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia w zakresie Utraty pracy Ubezpieczający utracił status osoby Aktywnej Zawodowo.

§ 12. REKLAMACJE

1. Ubezpieczony lub uposażony z umowy ubezpieczenia może złożyć reklamację:
   1) na piśmie:
      a) w postaci papierowej
         - na adres: CNP Santander Insurance Europe DAC, IV Piętro, ul. Konstruktorska 12a, 02-673 Warszawa lub
         - osobiście w placówce u agenta,
      b) w postaci elektronicznej – przesyłając e-mail na adres: reklamacje@cnpsantander.pl,
   2) ustnie:
      a) telefonicznie pod numerem: 801 88 99 79 lub 22 270 30 70,
      b) osobiście do protokołu podczas wizyty w placówce u agenta.
2. Reklamacje rozpatruje dyrektor operacyjny Ubezpieczyciela.
3. Odpowiedź na reklamację Ubezpieczyciel wyśle nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, w którym ją otrzymał.
4. Jeżeli, ze względu na skomplikowanie reklamacji, Ubezpieczyciel nie będzie w stanie odpowiedzieć na nią w ciągu 30 dni, to Ubezpieczny lub inna osoba składająca reklamację zostanie o tym poinformowana. Ubezpieczyciel wyjaśni przyczyny opóźnienia, wskazując okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi. Odpowiedź na reklamację Ubezpieczyciel wyśle najpóźniej w ciągu 60 dni od dnia, w którym ją otrzymał.
5. Odpowiedzi na reklamację Ubezpieczyciel udzieli w takiej samej postaci, w jakiej została złożona (papierowo lub elektronicznie). Na wniosek uposażonego odpowiedzi na reklamację Ubezpieczyciel może udzielić w innej postaci. W przypadku reklamacji

złożonej ustnie, odpowiedzi Ubezpieczyciel udzieli w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem z umowy ubezpieczenia.

6. Odpowiedzi na reklamację w postaci elektronicznej Ubezpieczyciel udzieli z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego złożono reklamację albo innego wskazanego przez Ubezpieczonego lub uposażonego środka komunikacji elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej.
7. Jeśli wyczerpane zostaną wszystkie możliwości reklamacyjne, Ubezpieczony, ubezpieczeni lub uposażony mogą: skierować sprawę do Rzecznika Finansowego lub złożyć powództwo do sądu powszechnego z powództwem przeciwko CNP Santander Insurance Europe DAC według właściwości określonej w OWU.
8. Ubezpieczający lub uposażony mogą zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
9. Podmioty, które rozwiązują spory pozasądowo, to:
   1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (strona www: https://www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny),
   2) Rzecznik Finansowy (strona www: www.rf.gov.pl/).

§ 13. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

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

§ 14. 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.

§ 15. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski związane z zawartą umową ubezpieczenia Ubezpieczony może przekazywać Ubezpieczycielowi pocztą, pocztą elektroniczną lub w inny sposób udostępniony przez Ubezpieczyciela. Informację o aktualnych sposobach kontaktu znajdziesz na stronie internetowej lub w przekazywanej przez Ubezpieczyciela korespondencji.
2. Korespondencja prowadzona jest tylko w języku polskim.
3. W sprawach związanych z zawarciem, wykonywaniem i obsługą umowy ubezpieczenia możemy kontaktować się z Ubezpieczonym:
   1) pocztą na wskazany adres korespondencyjny;
   2) pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail;
   3) za pomocą wiadomości SMS na wskazany numer telefonu;
   4) telefonicznie na wskazany numer telefonu.
4. Jeżeli przepisy prawa lub postanowienia umowy ubezpieczenia wymagają, aby określona informacja, dokument, zawiadomienie lub oświadczenie zostały przekazane w określonej postaci lub formie albo po uzyskaniu zgody Ubezpieczającego, na żądanie lub zgodnie z dokonanym przez Ubezpieczającego wyborem, Ubezpieczyciel stosuje te szczególne wymagania niezależnie od pkt 3.

§ 16. 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.
4. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego.

§ 17. AKTUALIZACJA INFORMACJI

Ubezpieczający i Ubezpieczyciel są zobowiązani do niezwłocznego informowania siebie nawzajem o zmianach swoich danych, w zakresie:
   1) danych kontaktowych (np.: adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
   2) danych identyfikacyjnych (np.: imię i nazwisko / nazwę, numer PESEL).

Informacje o zmianach powinny być przekazane w formie pisemnej.

§ 18. POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

1. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest ogłaszane przez Ubezpieczyciela na stronie internetowej Ubezpieczyciela, o ile jest to wymagane przez przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Bezpieczne Finanse obowiązują od dnia 30 września 2026 r. i mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia zawieranych od tej daty.