



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW „Bezpieczny Kredyt”

Rodzaj informacji	Numer zapisu z warunków ubezpieczenia
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania	§ 3 OWU § 7 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	§ 11 OWU

WPROWADZENIE

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców – „Bezpieczny Kredyt”, zwane dalej „warunkami ubezpieczenia”, szczegółowo określają zakres i zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej Kredytobiorcom zaciągającym kredyt w CA Auto Bank S.p.A. S.A. Oddział w Polsce.

Podjęcie decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia „Bezpieczny Kredyt” powinno być poprzedzone dokładnym zapoznaniem się z treścią Dokumentu zawierającego informacje o produkcie ubezpieczeniowym oraz niniejszych warunków ubezpieczenia, w szczególności zakresem ochrony ubezpieczeniowej, wysokością sumy ubezpieczenia oraz włączeniami odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 1. DEFINICJE

Przez użyte w warunkach ubezpieczenia pojęcia (niezależnie od tego, czy są pisane z wielkiej, czy też małej litery) należy rozumieć:

1. **Administrator** – AXA Partners S.A. Oddział w Polsce, część AXA, działająca w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela.
2. **Agent** – agent ubezpieczeniowy CA Auto Bank S.p.A. z siedzibą w Turynie, Corso Orbassano n. 367, 10137 Turyn, Włochy, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców w Turynie pod numerem: 08349560014, kapitał zakładowy: 700.000.000 EUR, o numerze NIP: 1080023557, działający poprzez CA Auto Bank S.p.A. S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy Al. Wyścigowej 6, zarejestrowany w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000816336, REGON 385054954, NIP 108-002-35-63, wpisany do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych prowadzony przez włoski Instytut Nadzoru

Ubezpieczeń – IVASS, pod numerem D000164561, wykonujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, w tym w zakresie zawierania umów ubezpieczenia, określany w niniejszych warunkach ubezpieczenia również, jako „Bank”.

3. **Choroba leczona** - choroba stwierdzona, co do której lekarz medycyny zalecił wykonanie czynności medycznych, mających na celu wyleczenie lub zmniejszenie dolegliwości Ubezpieczonego, polegających na przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego lub przyjmowaniu środków farmakologicznych lub przeprowadzeniu rehabilitacji. Zalecenie lekarza medycyny powinno zostać utrwalone w dokumentacji medycznej.
4. **Choroba stwierdzona** – choroba Ubezpieczonego, która była zdiagnozowana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza medycyny po raz pierwszy lub jej rozpoznanie przez lekarza medycyny zostało powtórzone i odnotowane w dokumentacji medycznej. Diagnoza/rozpoznanie może być utrwalone w języku polskim lub innym w sposób uznany i stosowany w medycynie, w formie skrótu albo pod postacią kodu ICD-10.
5. **Działalność gospodarcza** - prowadzenie działalności gospodarczej we własnym imieniu, na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
6. **Dzień wystąpienia zdarzenia** – w przypadku zgonu Ubezpieczonego - dzień śmierci wskazany w akcie zgonu; w przypadku Niezdolności do pracy - dzień powstania niezdolności do pracy wskazany w Orzeczeniu o niezdolności do pracy wydanym na okres równy lub dłuższy niż 2 lata, a w przypadku braku wskazania w orzeczeniu daty – dzień wydania orzeczenia; w przypadku Utraty pracy - dzień uzyskania statusu osoby bezrobotnej



i nabycia prawa do zasiłku dla bezrobotnych; w przypadku Poważnego zachorowania – dzień zdiagnozowania przez lekarza poważnego zachorowania potwierdzonego w dokumentacji medycznej lub dzień wykonania operacji chirurgicznej pomostowania naczyń wieńcowych; w przypadku Hospitalizacji – dzień rejestracji Ubezpieczonego w szpitalu.

7. **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwający nieprzerwanie, co najmniej siedem dni, związany z leczeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego, którego nie można leczyć ambulatoryjnie, przy czym w rozumieniu warunków ubezpieczenia dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt; za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni - dzień wypisu ze szpitala.
8. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, włączając osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą oraz współnika w spółce cywilnej, która złożyła Wnioskopolisę, będąca, w dniu złożenia Wnioskopolisy, kredytobiorcą lub Współkredytobiorcą z tytułu umowy kredytu, spełniająca kryteria do objęcia Ochroną ubezpieczeniową, która została przez Ubezpieczyciela objęta Ochroną ubezpieczeniową.
9. **Miejsce zamieszkania** – miejsce zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, wskazane we Wnioskopolisie poprzez podanie adresu.
10. **Niezdolność do pracy** - całkowita niezdolność do świadczenia pracy udokumentowana Orzeczeniem o niezdolności do pracy.
11. **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona udzielana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia na okres ubezpieczenia zgodny z okresem trwania umowy kredytu, nie dłuższy niż 120 miesięcy, przy czym okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu podpisania Wnioskopolisy wraz z Umową kredytu przez Kredytobiorcę, jednak nie wcześniej niż w dniu opłacenia składki przez Ubezpieczającego
12. **Orzeczenie o niezdolności do pracy** – wydane na okres równy lub dłuższy niż 2 lata: prawomocne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności Ubezpieczonego, wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niepełnosprawności zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa albo prawomocne orzeczenie wydane przez lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub komisję lekarską Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy

w gospodarstwie rolnym bez orzeczenia o celowości przekwalifikowania albo prawomocne orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji.

13. **Pojazd** – nowy lub używany, nabyty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: pojazd samochodowy, na zakup którego Bank udzielił kredytu Ubezpieczającemu na podstawie umowy kredytu, o dopuszczalnej masie całkowitej nie przekraczającej 3,5 tony w przypadku pojazdu osobowego oraz 4,005 t w przypadku pojazdu dostawczego, a także Kampery i Motocykle.
14. **Poważne zachorowanie** – przynajmniej jedna z niżej określonych chorób, jeżeli została stwierdzona diagnozą lekarską, że wystąpiła ona po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową zgodnie z postanowieniami OWU:
 - **Nowotwór**: guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, potwierdzony badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa, w tym: białaczka, chłoniak złośliwy, choroba Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego, czerniak złośliwy oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów;
 - **Zawał serca**: ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Definiowany jest przez wykrycie wzrostu lub spadku stężenia troponiny sercowej w surowicy krwi z co najmniej jednym pomiarem tej wartości powyżej górnej granicy zakresu wartości referencyjnych na poziomie 99. centyla, przy czym konieczne jest spełnienie jednego z poniższych kryteriów klinicznych niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - występowanie objawów podmiotowych niedokrwienia mięśnia sercowego;
 - obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie (np. nowo powstałe uniesienie / obniżenie odcinka ST, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa [LBBB]);
 - pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie;
 - uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku

żyłotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej;

- wykrycie skrzepliny w tętnicy wieńcowej podczas badania angiograficznego lub badania sekcyjnego.

Zawał serca oznacza również zgon sercowy z objawami wskazującymi na niedokrwienie mięśnia sercowego, w tym przypuszczalnie nowymi zmianami niedokrwinnymi w EKG lub migotaniem komór, gdy zgon wystąpił przed oznaczeniem biomarkerów sercowych lub nim stężenie biomarkerów sercowych we krwi mogło się zwiększyć;

– **Chirurgiczne pomostowanie tętnic wieńcowych (operacja typu bypass):** operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego, poprzedzona badaniem obrazowym (np. angiografią), ukazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;

– **Udar mózgu:** nagłe uszkodzenie mózgu (również mózdzku i rdzenia przedłużonego) prowadzące do martwicy tkanki mózgowej, powstałe w następstwie przerwania dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub w następstwie krwotoku do tkanki mózgowej. Jednocześnie spełnione muszą być wszystkie poniższe kryteria:

- nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających lokalizacji choroby;
- utrzymywanie się tych klinicznych objawów neurologicznych przez co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania;
- uwidocznienie świeżych zmian typowych dla choroby w badaniu tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego w chwili rozpoznania;

– **Przewlekła choroba nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepienia nerek.

15. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela wobec

uprawnionego do świadczenia na podstawie warunków ubezpieczenia.

16. **Ubezpieczający/Ubezpieczony** – Kredytobiorca, który zawarł umowę ubezpieczenia; w przypadku zawarcia jednej Umowy kredytu przez więcej niż jedną osobę fizyczną (Współkredytobiorcę), Umowę ubezpieczenia może zawrzeć każdy Współkredytobiorca pod warunkiem złożenia oświadczeń zawartych we Wnioskopolisie; zawarcie Umowy ubezpieczenia przez Współkredytobiorców musi nastąpić w tym samym dniu.

17. **Umowa kredytu** – umowa, na podstawie której Bank udzielił Ubezpieczającemu kredytu gotówkowego, w tym kredytu gotówkowego na nabycie Pojazdu, przy czym na potrzeby niniejszych warunków ubezpieczenia kredyty z nieregularnymi ratami, czyli kredyty, w którym harmonogram spłaty oprócz rat kapitałowo-odsetkowych płaconych okresowo, przewiduje dodatkowo spłatę raty balonowej na koniec okresu kredytowania oraz kredyty z harmonogramem przewidującym spłaty rat co 12 miesięcy, licząc od dnia zawarcia Umowy kredytu nazywane są kredytami balonowymi.

18. **Umowa o pracę** – umowa o pracę na czas nieokreślony lub czas określony, zawarta i regulowana Ustawą z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy.

19. **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia Kredytobiorców „Bezpieczny Kredyt”, zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem poprzez złożenie oświadczeń woli przez Kredytobiorcę i Ubezpieczyciela określonych we Wnioskopolisie.

20. **Wnioskopolisa** – wniosek Kredytobiorcy o zawarcie z Ubezpieczycielem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, zawierający równocześnie oświadczenie Ubezpieczyciela o potwierdzeniu zawarcia umowy ubezpieczenia na określonych w tych dokumentach warunkach.

21. **Ubezpieczyciel** – odpowiednio:

1) **AXA France VIE Societe Anonyme**, zarejestrowany we Francji pod nr 310499959 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex ul. Terrasses de l'Arche 313, kod 92727, prowadzący działalność na podstawie zezwolenia udzielonego przez Banque de France, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), reprezentowany w Polsce przez **AXA France VIE S.A. Oddział w Polsce** z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1, 01-211 Warszawa, zarejestrowany w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd



Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000734083, NIP: 1080022753 - w zakresie ryzyka zgonu niezależnie od okresu trwania Umowy ubezpieczenia, a ponadto w zakresie ryzyka Niezdolności do pracy oraz Hospitalizacji, w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na okres równy lub dłuższy niż 5 lat oraz

- 2) **AXA France IARD Societe Anonyme**, zarejestrowany we Francji pod nr 722057460 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex ul. Terrasses de l'Arche 313, kod 92727, prowadzący działalność na podstawie zezwolenia udzielonego przez Banque de France, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), reprezentowany w Polsce przez **AXA France IARD S.A. Oddział w Polsce** z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1, 01-211 Warszawa, zarejestrowany w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000738458, NIP: 1080022747- w zakresie ryzyka Utraty pracy, a ponadto w zakresie ryzyka Niezdolności do pracy oraz Hospitalizacji w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na okres krótszy niż 5 lat.

22. **Utrata pracy** – w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o Umowę o pracę zawartą na czas nieokreślony lub czas określony dłuższy niż okres trwania Umowy kredytu, utrata zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę Umowy o pracę, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego i pobiera zasiłek dla bezrobotnych. W przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą, zaprzestanie prowadzenia działalności i wykreślenie wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego i pobiera zasiłek dla bezrobotnych.

23. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiednio: zgon Ubezpieczonego, jego niezdolność do pracy, Hospitalizacja albo utrata pracy przez Ubezpieczonego, jego Poważne zachorowanie.

§ 2. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. W sprawach nieuregulowanych w warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny,

przepisy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

2. Pojęcia użyte w warunkach ubezpieczenia mają znaczenie nadane im w warunkach ubezpieczenia oraz umowie kredytu.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz utrata zatrudnienia przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zgon Ubezpieczonego, jego niezdolność do pracy, hospitalizację Ubezpieczonego, utratę zatrudnienia przez Ubezpieczonego oraz Poważne zachorowanie Ubezpieczonego.
3. W razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie obliczone na zasadach określonych w warunkach ubezpieczenia, o ile nie zachodzą okoliczności wyłączające odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
4. Z zastrzeżeniem ust. 3 i 5, w zależności od opcji ubezpieczenia, Ubezpieczyciel obejmie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w następującym zakresie:
- 1) Opcja 1 Komfort – zgon, Niezdolność do pracy, Poważne zachorowanie
- 2) Opcja 2 Turbo – zgon, Niezdolność do pracy, Poważne zachorowanie oraz Utrata pracy albo Hospitalizacja,
- przy czym nie jest możliwe ubezpieczenie w ramach więcej niż jednej Opcji jednocześnie.
5. W Opcji 2 Ubezpieczyciel nie udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ryzyka Hospitalizacji i Utraty pracy jednocześnie. Ochrona jest zamienna i zależy od źródła uzyskiwania dochodu w Dniu wystąpienia zdarzenia. Z zastrzeżeniem ust. 6 ochrona w zakresie Utraty pracy obejmuje Ubezpieczonego, który w Dniu wystąpienia zdarzenia był zatrudniony w oparciu o Umowę o pracę zawartą na czas nieokreślony lub czas określony dłuższy niż okres trwania Umowy kredytu bądź prowadził Działalność gospodarczą. Ochrona z tytułu Hospitalizacji obejmuje Ubezpieczonego, który w Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczonego nie był zatrudniony w oparciu o Umowę o pracę zawartą na czas nieokreślony lub czas określony dłuższy niż okres trwania Umowy kredytu bądź nie prowadził Działalności gospodarczej.
6. Jeżeli w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony zawrze Umowę o pracę na czas nieokreślony lub czas określony dłuższy niż okres



trwania Umowy kredytu albo rozpocznie prowadzenie Działalności gospodarczej po okresie, w którym był objęty ochroną z tytułu Hospitalizacji, przez kolejne 60 dni od dnia zawarcia Umowy o pracę na czas nieokreślony lub czas określony dłuższy niż okres trwania Umowy kredytu lub uzyskania wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, będzie on nadal objęty ochroną z tytułu Hospitalizacji.

§ 4. WARUNKI UDZIELENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) ukończył 18 rok życia i w okresie na który został udzielony kredyt nie ukończy 70 roku życia,
 - 2) ma miejsce zamieszkania w Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) kwota kredytu z wyłączeniem odsetek i prowizji z tytułu wszystkich umów kredytu zawartych z CA Auto Bank S.p.A. S.A. Oddział w Polsce, w związku z którymi Kredytobiorca został objęty ubezpieczeniem na podstawie warunków ubezpieczenia, jest nie wyższa niż 300 000 złotych,
 - 4) wyraził zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową i złożył oświadczenia zawarte we Wnioskopolisie.
2. Kredytobiorca zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w terminie i na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia.

§ 5. ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OKRESU UBEZPIECZENIA

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku złożonego przez Ubezpiezonego w chwili podpisania Wnioskopolisy oraz akceptacji tego wniosku przez Ubezpieczyciela. Wnioskopolisa stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia i stanowi potwierdzenie jej zawarcia.
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres ubezpieczenia wskazany we Wnioskopolisie, zgodny z okresem trwania umowy kredytu, nie dłuższy niż 120 miesięcy.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się:
 - 1) w zakresie ubezpieczenia ryzyka zgonu, Niezdolności do pracy - w dniu bezpośrednio następującym po dniu zawarcia umowy kredytu

- 2) w zakresie ubezpieczenia ryzyka Hospitalizacji i Utraty pracy - sześćdziesiątego dnia od zawarcia umowy kredytu,
 - 3) w zakresie ubezpieczenia Poważnego zachorowania - trzydziestego dnia od dnia zawarcia umowy kredytu
- pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa i umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w stosunku do danego Ubezpiezonego:
 - 1) w dniu wymagalności ostatniej raty kredytu ustalonej w pierwotnym Harmonogramie,
 - 2) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający skutecznie złożył pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5,
 - 3) w dniu odstąpienia od umowy kredytu, o którym mowa w ust. 6,
 - 4) w dniu ukończenia przez Ubezpiezonego 70 roku życia,
 - 5) w dniu śmierci Ubezpiezonego, przy czym w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Współkredytobiorców w ramach jednej Umowy kredytu, śmierć jednego z nich nie powoduje wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do pozostałych Współkredytobiorców,
 - 6) w odniesieniu do ryzyka niezdolności do pracy: w dniu wydania Orzeczenia o niezdolności do pracy na okres równy lub dłuższy niż dwa lata,
 - 7) w dniu wyczerpania Sumy ubezpieczenia.
 5. Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie złożyć oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia na adres Ubezpieczyciela określony w § 14 warunków ubezpieczenia lub na adres Agenta. W takim przypadku Umowa ubezpieczenia kończy się z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczający złożył pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
 6. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia w przypadku, w którym jest przedsiębiorcą albo w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia w przypadku, w którym jest konsumentem lub przedsiębiorcą prowadzącym jednoosobową działalność gospodarczą a Umowa ubezpieczenia nie posiada dla niego charakteru zawodowego wynikającego z prowadzonej działalności gospodarczej. Ubezpieczający może złożyć oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia na adres Ubezpieczyciela wskazany w § 14 warunków ubezpieczenia.



7. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na odległość Ubezpieczającemu będącemu konsumentem przysługuje prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest na życzenie konsumenta zawierana z zastosowaniem środka porozumiewania się na odległość, który nie pozwala na przekazanie konsumentowi informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu będącemu konsumentem przysługuje prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia potwierdzenia tych informacji, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. Ubezpieczający może złożyć oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia na adres Ubezpieczyciela wskazany § 14 warunków ubezpieczenia.

§ 6. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej jest płatna jednorazowo przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta za cały okres ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa jest płatna w złotych na rachunek Agenta, w terminach określonych w umowie ubezpieczenia.
3. Do obliczenia wysokości składki przyjmuje się stopę składki określoną we Wnioskopolisie oraz początkową kwotę kredytu, wskazaną w umowie kredytu.
4. Wysokość jednorazowej składki ubezpieczeniowej stanowi iloczyn wyrażonej w złotych początkowej kwoty kredytu oraz stopy składki, w zależności od rodzaju Opcji.
5. Składka płatna jest w wysokości i terminie wskazanym we Wnioskopolisie.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej, przy czym Ubezpieczający upoważnia Agenta do przekazania w jego imieniu składki ubezpieczeniowej Ubezpieczycielowi.
7. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed terminem przewidzianym we Wnioskopolisie Ubezpieczyciel dokona zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki następuje za pośrednictwem Agenta.
8. Ochroną ubezpieczeniową są objęte Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpią w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 7. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU ZGONU, NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, HOSPITALIZACJI, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA I UTRATY PRACY

1. Sumę ubezpieczenia stanowi kapitał kredytu nie więcej niż 300.000 złotych brutto, na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w odniesieniu do wszystkich umów kredytu, w związku z zawarciem których Kredytobiorca jest ubezpieczony na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, niezależnie od Ubezpieczyciela udzielającego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
2. Poniższa tabela określa wysokość i limity świadczeń dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 3 – 6:

Zdarzenia ubezpieczeniowe	Wysokość świadczenia	Limit świadczeń
1. Zgon, Niezdolność do pracy, Poważne zachorowanie	Kapitał kredytu	100% sumy ubezpieczenia
2. Hospitalizacja	Rata kredytu	maksymalnie 12 miesięcznych świadczeń na każde pojedyncze Zdarzenie ubezpieczeniowe i nie więcej niż 12 miesięcznych świadczeń na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia
3. Utrata pracy	Rata kredytu	maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń na każde pojedyncze Zdarzenie ubezpieczeniowe i nie więcej niż 12 miesięcznych świadczeń na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia

3. W celu ustalenia sumy ubezpieczenia oraz świadczenia, przez pojęcie Kapitał kredytu rozumie się sumę rat kapitałowych z umowy kredytu, pozostających do spłaty w dniu



- wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz odsetek zapadłych do tego dnia.
4. W przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty kredytu przez Ubezpieczonego, udzielonego na podstawie umowy kredytu, w celu ustalenia sumy ubezpieczenia oraz świadczenia na wypadek zdarzeń ubezpieczeniowych, przez pojęcie Kapitał kredytu rozumie się sumę rat kapitałowych przypadających do zapłaty bezpośrednio po dniu zdarzenia ubezpieczeniowego, wynikających z harmonogramu spłat, ustalonego w dniu zawarcia Umowy kredytu.
 5. W celu ustalenia świadczenia, również w przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty kredytu, przez pojęcie Raty kredytu rozumie się ratę kredytu, ustaloną zgodnie z harmonogramem spłat kredytu obowiązującym w dniu zawarcia umowy kredytu, wymagalną bezpośrednio przed Dniem wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem, że w przypadku kredytów balonowych ratę kredytu oblicza się dzieląc początkową kwotę kredytu przez długość kredytu w miesiącach, wskazaną w dniu zawarcia Umowy kredytu.
 6. W przypadku wystąpienia więcej niż jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, które uprawnia do wypłaty świadczenia w wysokości Kapitału kredytu, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie wyłącznie z tytułu jednego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych. Podstawą ustalenia świadczenia jest zdarzenie ubezpieczeniowe, które zostało zgłoszone Ubezpieczycielowi najwcześniej.
 7. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego Kredytobiorcy w ramach jednej umowy kredytu, suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych ochroną w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
 8. Świadczenia z tytułu Utraty pracy oraz Hospitalizacji wypłacane są z dołu, po upływie nieprzerwanych okresów trwania zdarzenia, określonych w tabeli poniżej:
 9. Świadczenie z tytułu Utraty pracy przysługuje jedynie wówczas, gdy przez cały okres trwania zdarzenia, za który ma być wypłacone świadczenie, Ubezpieczony nieprzerwanie posiadał status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, zaś w przypadku utraty pracy trwającej ponad pełny okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych, Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego.
 10. Świadczenie z tytułu Utraty pracy przysługuje Ubezpieczonemu, który do dnia rozwiązania Umowy o pracę świadczył pracę nieprzerwanie przez 60 dni na podstawie Umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony albo na czas określony dłuższy niż czas trwania Umowy kredytu lub nieprzerwanie przez 60 dni prowadził Działalność gospodarczą.
 11. Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania po upływie 30 dni od daty diagnozy lekarskiej.

§ 8. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

1. Wszelkie dokumenty wymagane w związku ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu zgonu, niezdolności do pracy, utraty pracy lub hospitalizacji powinny być złożone:
 - a. pocztą na adres Administratora - AXA, ul. Giełdowa 1, 01-211 Warszawa albo
 - b. pocztą elektroniczną na adres: clp.pl@partners.axa albo
 - c. za pośrednictwem strony internetowej <https://www.clpnet.com/customer/homepl> albo
 - d. telefonicznie dzwoniąc pod numer telefonu (022) 526 29 30, w dni powszednie w godzinach 9:00-17:00
 - e. faxem - na numer: +48 22 526 28 01
 - f. wysłaną na adres do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-95724-60056-JGRFR-16.
2. Agent przekazuje do Ubezpieczyciela kopię Wnioskopolisy oraz informację o wysokości kapitału kredytu lub raty kredytu, jeżeli jest to konieczne do ustalenia wysokości świadczenia.
3. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia, należy złożyć formularz zgłoszenia roszczenia oraz następujące dokumenty:
 - 1) w przypadku zgonu - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub kartę zgonu zawierającą określenie przez lekarza przyczyny zgonu,
 - 2) w przypadku Niezdolności do pracy - Orzeczenie o niezdolności do pracy wydane na okres równy lub dłuższy niż dwa lata,
 - 3) w przypadku Hospitalizacji - kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inne zaświadczenie ze

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Nieprzerwany okres trwania zdarzenia, po którym Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego świadczenia miesięcznego	Nieprzerwany okres trwania zdarzenia, po którym Ubezpieczony nabywa prawo do każdego kolejnego, pojedynczego świadczenia miesięcznego
Utrata pracy	30 dni	30 dni
Hospitalizacja	7 dni	30 dni



szpitala zawierające informacje o przyczynie i okresie Hospitalizacji Ubezpieczonego, a także oświadczenie o źródle dochodów lub nieuzyskiwaniu dochodów w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, a w przypadku zatrudnienia na podstawie Umowy o pracę, kopię ostatniej (aktualnej na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego) Umowy o pracę; w przypadku Hospitalizacji trwającej dłużej niż 7 dni – comiesięczne zaświadczenie lekarskie potwierdzające każdy kolejny trzydziestodniowy okres hospitalizacji,

- 4) w przypadku Utraty pracy: wydane przez urząd pracy zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego oraz o nabyciu prawa do zasiłku dla bezrobotnych i posiadaniu tego statusu i prawa nieprzerwanie od co najmniej 30 dni; kopię ostatniej Umowy o pracę; świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia; kopię oświadczenia pracodawcy o wypowiedzeniu Umowy o pracę; dla osób prowadzących Działalność gospodarczą zaświadczenie o wykreśleniu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz zaświadczenie potwierdzające zakończenie prowadzenia i wyrejestrowanie Działalności gospodarczej, a także przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego - zaświadczenie wystawiane przez Urząd Pracy poświadczające posiadanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i jego prawo do zasiłku, zaś po ustaniu pełnego okresu pobierania zasiłku – zaświadczenie z Urzędu Pracy, potwierdzające posiadanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego,
- 5) w przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego: dokumentację medyczną zawierającą pierwszą diagnozę poważnego zachorowania u Ubezpieczonego, historię choroby Ubezpieczonego, informację od Banku o wysokości salda zadłużenia pozostałego do spłaty, harmonogram spłat Kredytu,
- 6) inne dokumenty, których zażąda Ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia uprawnionego do świadczenia, zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.

§ 9. USTALENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ODSZKODOWAWCZEJ

1. Ustalenie zasadności oraz wysokości świadczenia następuje na podstawie dokumentacji wymaganej przez Ubezpieczyciela, wskazanej w § 8 niniejszych OWU.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo żądania od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim

u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Koszt badań lekarskich ponosi Ubezpieczyciel.

3. W przypadku, gdy dokumentacja, doręczona Ubezpieczycielowi nie jest wystarczająca do ustalenia odpowiedzialności, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zażądania dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów niezbędnych do ustalenia uprawnienia do świadczenia, zasadności i wysokości świadczenia. Ubezpieczyciel zastrzega sobie także prawo do zażądania dokumentacji medycznej (m.in. historii choroby, wypisu ze szpitala) oraz pozyskania odpowiednich informacji medycznych u lekarzy prowadzących leczenie, jak również zasięgania na swój koszt opinii lekarzy konsultantów Ubezpieczyciela oraz do uzyskania koniecznych informacji lub materiałów od sądów, policji, prokuratury lub innych organów i instytucji zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel w terminie 7 dni informuje pisemnie lub drogą elektroniczną zgłaszającego roszczenie o otrzymaniu zgłoszenia roszczenia oraz informuje, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej Ubezpieczyciela.
5. W przypadku jakichkolwiek pytań, wątpliwości związanych z procesem zgłoszenia roszczenia do Ubezpieczyciela, można zasięgnąć informacji u Administratora pod numer telefonu +48 22 526 29 30, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00.

§ 10. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest:
 - 1) w przypadku ubezpieczenia ryzyka zgonu osoba wskazana przez Ubezpieczonego w odrębnym oświadczeniu, a w razie braku wskazania tej osoby lub w razie jej śmierci osoby w następującej kolejności: małżonek Ubezpieczonego, dzieci i przysposobieni, rodzice i przysposabiający, rodzeństwo, dalsi wstępni, dalsi zstępni, spadkobiercy Ubezpieczonego;
 - 2) w przypadku ubezpieczenia Niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Hospitalizacji, albo Utraty pracy - osoba wskazana przez Ubezpieczonego w odrębnym oświadczeniu, a w razie braku tego wskazania sam Ubezpieczony.
2. Ubezpieczyciel przekazuje świadczenie na rachunek bankowy, wskazany przez Uprawnionego do świadczenia.
3. Ubezpieczyciel spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia nie



było możliwe w powyższym terminie, to Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie do 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie do 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.

4. Jeżeli w powyższych terminach Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, to pisemnie zawiadamia Bank, Ubezpieczającego lub Uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia zgłoszonego roszczenia w całości lub w części.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, to Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie Bank, Ubezpieczającego lub Uprawnionego wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą odmowę zapłaty odszkodowania, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 11. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia jest wyłączona, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - 1) samobójstwa lub próby samobójstwa Ubezpieczonego, w okresie dwunastu pierwszych miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) aktu wojny (w tym wojny domowej), czynnego uczestnictwa w zamieszkach, aktu terroryzmu lub sabotażu,
 - 3) uczestnictwa Ubezpieczonego w charakterze sprawcy w przestępstwach lub wykroczeniach, które zostały potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym,
 - 4) eksplozji atomowej oraz napromieniowania (z wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
 - 5) umyślnego samookaleczenia się przez Ubezpieczonego lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 6) nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że zabiegi te miały na celu ratowanie życia lub zdrowia Ubezpieczonego, bezpośrednio po wypadku, któremu uległ Ubezpieczony;
 - 7) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażywania narkotyków lub innych środków odurzających, leków dostępnych wyłącznie

na receptę jednak nie przepisanych Ubezpieczonemu przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza lub nieszczęśliwego wypadku, powstałego na skutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza, przy czym przez spożycie przez Ubezpieczonego alkoholu rozumie się wprowadzenie przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego stężenie we krwi wynosi powyżej 0,2‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

2. W przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe: Zgon, Poważne zachorowanie, Niezdolność do pracy albo Hospitalizacja zaszło w okresie pierwszych 12 m-cy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i jest skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił lub Choroby stwierdzonej lub Choroby leczonej, w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy jest wyłączona, jeżeli Utrata pracy nastąpiła wskutek upływu czasu, na który została zawarta Umowa o pracę, rozwiązania Umowy o pracę przez Ubezpieczonego, rozwiązania Umowy o pracę za porozumieniem stron, rozwiązania przez pracodawcę Umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego lub za wypowiedzeniem z przyczyn dotyczących Ubezpieczonego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa pracy.
4. Poza generalnymi wyłączeniami ochrony ubezpieczeniowej świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku Poważnego zachorowania nie będzie wypłacane, jeżeli nastąpiło wskutek:
 - a. nowotworu:
 - i. w niskim stopniu zaawansowania klinicznego, w tym: rak in situ (carcinoma in situ), zmiana CIN 3, czerniak złośliwy opisany w klasyfikacji TNM jako T1aN0M0;
 - ii. o niskim stopniu złośliwości klinicznej, w tym: rak podstawnokomórkowy, rak kolczystokomórkowy;
 - iii. nowotworu skóry, z wyjątkiem czerniaka w stadium



- zaawansowania wyższym niż IA wg AJCC;
- iv. raka prostaty w stadium zaawansowania I według klasyfikacji American Joint Committee on Cancer;
- v. wszystkie stadia CIN (wewnątrznałonkowej neoplazji szyjki macicy);
- vi. nowotwór złośliwy u Ubezpieczonych zarażonych wirusem HIV;
- b. zawału serca, występującego jako:
 - i. inne ostre zespoły wieńcowe (stabilnej lub niestabilnej dławicy piersiowej);
 - ii. zawał serca przebyty w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów ostrego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi.
- c. pomostowania tętnic wieńcowych, w postaci:
 - i. wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych w tym angioplastyka tętnic wieńcowych;
 - ii. małoinwazyjne pomostowanie tętnic wieńcowych (operacja typu MIDCAB);
- d. udaru mózgu, występujący jako:
 - i. przemijające ataki niedokrwienne (TIA);
 - ii. udar bez trwałego ubytku neurologicznego;
 - iii. uszkodzenia pourazowe;
 - iv. udar lakunarny bez objawów neurologicznych;
 - v. objawy neurologicznych migreny;
- e. przeszczepu narządów lub tkanek innych niż wskazane w § 1 pkt 14 OWU lub innych procedur z wykorzystaniem komórek macierzystych poza przeszczepieniem szpiku kostnego.

§ 12. POSTĘPOWANIE REKLAMACYJNE

1. Postępowanie odnosi się do wszystkich reklamacji i zapytań zgłaszanych przez Ubezpieczającego, zwanych dalej łącznie „zgłoszeniem”, dotyczących działalności Ubezpieczyciela, wynikającej z niniejszych warunków ubezpieczenia, zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu

reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej.

2. Reklamacja w związku ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu, zgonu, Niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Utraty pracy lub Hospitalizacji może zostać złożona:

- 1) w formie pisemnej:

- a. osobiście w siedzibie Administratora lub
- b. przesyłką pocztową na adres Administratora:

AXA
ul. Giełdowa 1
01-211 Warszawa

- 2) ustnie

- a. telefonicznie dzwoniąc pod numer telefonu (022) 526 29 30, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00
- b. osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w siedzibie Administratora: AXA, ul. Giełdowa 1, 01-211 Warszawa

- 3) w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres email: clp.pl@partners.axa.

- 4) na adres do doręczeń elektronicznych Ubezpieczycieli:

- a. AE:PL-95724-60056-JGRFR-16 dla AXA FRANCE IARD SPÓŁKA AKCYJNA ODDZIAŁ W POLSCE w zakresie utraty pracy;
- b. AE:PL-81016-18916-IVEIW-31 dla AXA FRANCE VIE SPÓŁKA AKCYJNA ODDZIAŁ W POLSCE w zakresie ryzyka śmierci, czasowej i trwałej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, hospitalizacji.

4. Przesłane zgłoszenia powinny zawierać następujące dane:

- 1) pełen adres korespondencyjny lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
- 2) wskazanie numeru Umowy kredytu, w związku z którą zawarta została Umowa Ubezpieczenia,
- 3) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające zgłoszenie,
- 4) oczekiwane działania.

5. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.

6. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania



terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.

7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 6 Ubezpieczyciel:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
- 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
- 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.

8. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres korespondencyjny wskazany w ust. 4 pkt 1).

9. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.

10. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze warunki ubezpieczenia, jak również dla stosunków pomiędzy stronami Umów ubezpieczenia przed ich zawarciem, w przypadku gdy jedną ze stron jest Ubezpieczający będący konsumentem, właściwym jest prawo polskie.

11. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.

12. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z umową ubezpieczenia.

13. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl/>.

14. Reklamację może złożyć również klient będący osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamację Klienta w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.

15. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji klienta o którym mowa w ust. 14, i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel, w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;

2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;

3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.

16. Niezależnie od postanowień niniejszej procedury Klient może złożyć odwołania od stanowiska Ubezpieczyciela w ramach wewnętrznej procedury. Odwołania takie składa się w sposób wskazany w ust. 2 i 3.

§ 13. POSTĘPOWANIE REKLAMACYJNE W ZAKRESIE NIEZWIĄZANYM Z OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Postępowanie odnosi się do wszystkich reklamacji i zapytań zgłaszanych przez Ubezpieczającego w zakresie niezwiązanym z ochroną ubezpieczeniową.

2. Reklamacja może zostać złożona:

- 1) w formie pisemnej:
 - a. osobiście w siedzibie Agenta lub
 - b. przesyłką pocztową na adres Agenta:
CA Auto Bank S.p.A. S.A. Oddział w Polsce

Al. Wyścigowa 6
02-681 Warszawa

2) w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres: info@ca-autobank.com.pl.

3) na adres do doręczeń elektronicznych Agenta, wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-81309-87431-UBRET-27.

3. Przesłane zgłoszenia powinny zawierać następujące dane osoby zgłaszającej reklamację:

- 1) Imię i nazwisko
- 2) pełen adres korespondencyjny lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź
- 3) Numer umowy kredytu, w związku z którą została zawarta umowa ubezpieczenia

4. Na żądanie klienta Agent potwierdzi na piśmie wpływ reklamacji.

5. W celu ułatwienia i przyspieszenia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, należy złożyć ją niezwłocznie po wystąpieniu okoliczności budzących wątpliwości i zastrzeżenia, chyba że okoliczności wymagające wyjaśnienia nie będą miały wpływu na sposób procedowania z reklamacją.

6. Agent udzieli odpowiedzi pisemnie niezwłocznie, najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.

7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 6 termin udzielenia odpowiedzi na



reklamacje może zostać wydłużony maksymalnie do 60 dni po uprzednim przekazaniu klientowi przyczyn braku możliwości dotrzymania wskazanego wyżej terminu, okoliczności, które wymagają dodatkowego ustalenia oraz określeniu przewidywanego terminu rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

8. Odpowiedź Agenta zostanie przesłana na adres korespondencyjny wskazany w ust. 3 pkt 2) powyżej.
9. Postanowienia § 13 ust. 9-13 stosuje się odpowiednio do reklamacji i zapytań zgłaszanych przez Ubezpieczającego w zakresie niezwiązanym z ochroną ubezpieczeniową.

§ 14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski kierowane do Ubezpieczyciela w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na adres Administratora:

AXA
ul. Giełdowa 1
01-211 Warszawa

2. Powództwo o roszczenia wynikające z realizacji umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego do świadczenia.
3. Niniejsze warunki ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 października 2025r.