



**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA LEASINGOBIORCÓW I POŻYCZKOBIORCÓW
„BEZPIECZNE FINANSOWANIE”**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umownego
Przesłanki wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego	§6, §7, §8 z uwzględnieniem definicji zawartych w § 1
Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego	§9 z uwzględnieniem definicji zawartych w §1

WPROWADZENIE

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Ubezpieczenie osób Korzystających z leasingu i Pożyczkobiorców „Bezpieczne Finansowanie”” (zwane również „Warunkami Ubezpieczenia”), określają zakres i sposób udzielania ochrony ubezpieczeniowej oferowanej Korzystającemu lub Pożyczkobiorcy lub osobom wskazanym przez Korzystającego lub Pożyczkobiorcę, który zawarł odpowiednio Umowę leasingu lub Umowę pożyczki z Santander Consumer Multirent Sp. z o. o. z siedzibą we Wrocławiu.

§ 1. DEFINICJE

Przez użyte w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia terminy należy rozumieć:

1. **Administrator** - AXA Partners S.A. Oddział w Polsce (dalej: AXA), działający w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela, w szczególności w zakresie ustalania przyczyn i okoliczności zdarzeń ubezpieczeniowych oraz ustalania rozmiaru świadczeń należnych uprawnionym do świadczenia;
2. **Agent ubezpieczeniowy** - Santander Consumer Multirent Sp. z o. o. z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Legnickiej 48B, 54 – 202 Wrocław, NIP 522-285-71-17, wpisana do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Komisję Nadzoru Finansowego, wykonująca w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, w tym w zakresie zawierania umów ubezpieczenia;
3. **Choroba** - zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym organizmie;
4. **Choroba istniejąca** - choroba lub stan, który był diagnozowany lub z powodu, której Ubezpieczony był leczony, hospitalizowany lub konsultowany przez lekarza w ciągu 12 miesięcy poprzedzających Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jest to choroba w związku, z którą zalecono Ubezpieczonemu konsultację lekarską lub Ubezpieczony przyjmował leki lub zalecono mu ich przyjmowanie, lub której objawy Ubezpieczony wykazywał lub w związku, z którą Ubezpieczony był poddany procesowi diagnostycznemu;
5. **Czasowa niezdolność do pracy** - niemożność wykonywania przez Ubezpiezonego pracy spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem albo Chorobą, stwierdzona zaświadczeniem lekarskim (ZUS ZLA), zaś w przypadku czasowej niezdolności do pracy trwającej ponad okres, w którym dopuszczalne jest zgodnie z przepisami prawa pobieranie zasiłku chorobowego, prawomocna decyzja ZUS o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego;
6. **Dzień zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - 1) w przypadku śmierci - dzień śmierci Ubezpiezonego wskazany w akcie zgonu;
 - 2) 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;
 - 3) w przypadku Hospitalizacji – dzień rejestracji Ubezpiezonego w Szpitalu;
 - 4) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy - pierwszy dzień niemożności wykonywania pracy przez Ubezpiezonego, wynikający z zaświadczenia lekarskiego ZUS (ZLA);
 - 5) w przypadku Poważnego zachorowania - dzień zdiagnozowania przez lekarza Poważnego zachorowania potwierdzonego w dokumentacji medycznej lub dzień wykonania operacji chirurgicznej pomostowania naczyń wieńcowych lub dzień przeszczepienia narządów;

7. **Finansujący** Santander Consumer Multirent Sp. z o. o. z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Legnickiej 48B, 54 – 202 Wrocław, NIP 522-285-71-17;
8. **Harmonogram** – harmonogram spłaty Rat leasingowych ustalony w dniu zawarcia Umowy leasingu albo harmonogram spłaty Rat pożyczki ustalony w dniu zawarcia Umowy pożyczki;
9. **Hospitalizacja** – spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem albo Chorobą pobyt Ubezpiezonego w Szpitalu trwający nieprzerwanie, co najmniej trzy dni, związany z leczeniem stanu zdrowia Ubezpiezonego, którego nie można leczyć ambulatoryjnie. 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;
10. **Korzystający**, - przedsiębiorca będący osobą fizyczną, prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, a posiadającą zdolność prawną, który zawarł Umowę leasingu lub Umowę pożyczki z Santander Consumer Multirent z o.o.;
11. **Kwota Leasingu** - łączna suma Rat leasingowych aktualna w dniu aktywacji Umowy Leasingu;
12. **Kwota pożyczki** - łączna suma Rat pożyczki aktualna w dniu zawarcia Umowy Pożyczki;
13. **Niezdolność do pracy** - niezdolność do świadczenia jakiegokolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej udokumentowana prawomocnym orzeczeniem o niezdolności do pracy;
14. **Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie, spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpiezonego i niewynikające z jego lekkomyślności lub niedbalstwa. Do Nieszczęśliwych wypadków w rozumieniu Warunków Ubezpieczenia nie zalicza się urazów i chorób związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi, urazów powstałych w związku z wystąpieniem udaru, wylewu krwi, zatruć, zawału serca oraz wszelkich innych chorób i infekcji nawet tych, które wystąpiły nagle;
15. **Okres karencji** - okres po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, w którym odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
16. **Orzeczenie o niezdolności do pracy** - wydane na okres równy lub dłuższy niż 2 lata: prawomocne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności Ubezpiezonego, 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 niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji;
17. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia na określonych w tym dokumencie warunkach;
18. **Pożyczkobiorca** - osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła umowę pożyczki z Santander Consumer Multirent Sp. z o.o.;
19. **Poważne zachorowanie** – przynajmniej jedna z niżej określonych chorób, stwierdzona diagnozą lekarską po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami Warunków Ubezpieczenia:
 - a) **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;
- b) **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 żywnotnego 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 niedokrwienymi w EKG lub migotaniem komór, gdy zgon wystąpił przed oznaczeniem biomarkerów sercowych lub nim stężenie biomarkerów sercowych we krwi mogło się zwiększyć;
- c) **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;
- d) **Udar mózgu:** nagłe uszkodzenie mózgu (również móżdżku 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;
- e) **Przewlekła choroba nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepienia nerek;
- f) **Przeszczepienie narządów:** wprowadzenie do organizmu jednego z następujących narządów pochodzących od dawcy żywego lub zmarłego: trzustka, płuca, wątroba, nerka, serce, szpik kostny. Przeszczepienie narządów stanowi Poważne Zachorowanie, gdy jest spowodowane zaburzeniem funkcji i schyłkową niewydolnością narządu własnego biorcy. Przeszczepienie szpiku kostnego rozumiane jest jako wprowadzenie do organizmu biorcy komórek macierzystych krwi po ablacji (całkowitym zniszczeniu) jego własnego szpiku kostnego;
20. **Rata leasingowa** - rata uzgodnionego w Umowie leasingu wynagrodzenia pieniężnego należnego Finansującemu, powiększona o podatek od towarów i usług (VAT) obowiązujący w dniu jej spłaty, płatna na zasadach i w terminach określonych w Umowie Leasingu i Harmonogramie; dla usunięcia wątpliwości Rata leasingowa zawiera część kapitałową stanowiącą spłatę wartości początkowej przedmiotu leasingu oraz część finansową stanowiącą spłatę pozostałej części wynagrodzenia należnego Finansującemu, natomiast nie obejmuje Wartości końcowej wykupu i jakichkolwiek innych należności z Umowy leasingu o charakterze nieregularnym lub niebędących częścią umówionego wynagrodzenia pieniężnego za oddanie Korzystającemu przedmiotu leasingu do używania lub używania i pobierania użytków;
21. **Rata pożyczki** - rata pożyczki uzgodniona w Umowie pożyczki i Harmonogramie, powiększona o podatek od towarów i usług (VAT) obowiązujący w dniu jej spłaty; dla usunięcia wątpliwości Rata pożyczki zawiera część kapitałową stanowiącą kwotę środków pieniężnych udostępnionych Pożyczkobiorcy oraz część odsetkową będąca wynagrodzeniem Finansującego za udostępnienie kapitału;
22. **Saldo leasingu albo Saldo pożyczki** - suma Rat leasingowych albo Rat pożyczki, których termin płatności jeszcze nie upłynął według Harmonogramu, przy czym Saldo leasingu nie obejmuje Wartości końcowej wykupu. Saldo leasingu oraz Saldo pożyczki nie obejmują odsetek ustawowych za opóźnienie;
23. **Składka ubezpieczeniowa** - kwota pieniężna należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej;
24. **Suma ubezpieczenia** - kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela wobec uprawnionego do świadczenia na podstawie warunków ubezpieczenia;
25. **Szpital** - podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi w trybie chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Ubezpieczonego; Szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), zakład opiekuńczo-leczniczy, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności Szpital uzdrowiskowy, Szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny lub Szpital sanatoryjny, prewentorium;
26. **Śmierć** - śmierć Ubezpieczonego w tym śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
27. **Ubezpieczający** - Korzystający lub Pożyczkobiorca, który zawarł umowę ubezpieczenia;
28. **Ubezpieczony** - Ubezpieczający, jeżeli jest osobą fizyczną; w przypadku pozostałych Ubezpieczających, osoba fizyczna wskazana przez Ubezpieczającego we Wniosku, która jest współnikiem, akcjonariuszem, członkiem zarządu lub prokurentem Ubezpieczającego i która złożyła oświadczenie o wyrażeniu zgody na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową oraz na wysokość sumy ubezpieczenia. Ochroną ubezpieczeniową może być objęta jedna osoba fizyczna w odniesieniu do jednej umowy leasingu lub umowy pożyczki oraz zawarcie Umowy ubezpieczenia musi nastąpić w tym samym dniu. Przez zawarcie Umowy ubezpieczenia rozumie się odpowiednio zawarcie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego lub złożenie oświadczenia, o którym mowa powyżej przez innych ubezpieczonych;
29. **Ubezpieczyciel - AXA France VIE Societe Anonyme** zarejestrowana we Francji pod nr 310499959 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex (kod 92727) ul. Terrasses de l'Arche 313, NIP 1080022753 reprezentowana w Polsce przez **AXA France VIE S.A. Oddział w Polsce** z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1, 01-211 Warszawa wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000734083, REGON 380639897;
30. **Umowa leasingu** - umowa leasingu lub najmu długoterminowego zawarta pomiędzy Finansującym a Korzystającym, której przedmiotem jest pojazd. W przypadku umów najmu długoterminowego wszelkie pojęcia użyte w niniejszych Warunkach ubezpieczenia specyficzne dla stosunku leasingu należy tłumaczyć odpowiednio;
31. **Umowa pożyczki** - umowa zawarta pomiędzy Santander Consumer Multirent Sp. z o.o. i Pożyczkobiorcą, której przedmiotem jest udzielenie pożyczki gotówkowej zgodnie z regulacjami Santander Consumer Multirent Sp. z o.o. i przeznaczeniem określonym w umowie;
32. **Umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia Leasingobiorców lub Pożyczkobiorców „Bezpieczne finansowanie”, zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem poprzez złożenie oświadczeń woli przez Leasingobiorcę lub Pożyczkobiorcę i Ubezpieczyciela określonych we Wniosku, potwierdzona Polisa;
33. **Uprawniony** - Finansujący, za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną we Wniosku do kwoty zadłużenia wynikającej z umowy leasingu lub umowy pożyczki, w pozostałej kwocie uposażony wskazany przez Ubezpieczonego we Wniosku bądź sam Ubezpieczony;
34. **Wartość końcowa wykupu** - uzgodniona w Umowie leasingu wartość przedmiotu leasingu za jaką Korzystający ma prawo nabyć od Finansującego przedmiot leasingu po uprzedniej spłacie wszystkich Rat leasingowych i należności wynikających z Umowy leasingu;
35. **Wniosek** - wniosek Leasingobiorcy lub Pożyczkobiorcy o zawarcie z Ubezpieczycielem umowy ubezpieczenia lub wydłużenie okresu trwania umowy ubezpieczenia, w zakresie ryzyka śmierci, Niezdolności do pracy, Hospitalizacji, Czasowej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania;
36. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - śmierć Ubezpieczonego, Niezdolność do pracy, Hospitalizacja, Czasowa Niezdolność do Pracy oraz Poważne zachorowanie .
- § 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**
1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w okresie ubezpieczenia.
 3. Ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona w następujących wariantach:
 - 1) OPCJA 1
 - a) **Wariant BASIC** - Śmierć oraz Niezdolność do pracy;

- b) **Wariant KOMFORT** – Śmierć, Niezdolność do pracy, Hospitalizacja oraz Czasowa niezdolność do pracy;
 - c) **Wariant PRESTIŻ** – Śmierć, Niezdolność do pracy, Hospitalizacja, Czasowa niezdolność do pracy oraz Poważne zachorowanie.
- 2) OPCJA 2 PLUS
- a) **Wariant BASIC PLUS** – Śmierć oraz Niezdolność do pracy;
 - b) **Wariant KOMFORT PLUS** – Śmierć, Niezdolność do pracy, Hospitalizacja oraz Czasowa niezdolność do pracy;
 - c) **Wariant PRESTIŻ PLUS** – Śmierć, Niezdolność do pracy, Hospitalizacja, Czasowa niezdolność do Pracy oraz Poważne zachorowanie.

§ 3. WARUNKI UDZIELANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, która:

- 1) ukończyła 18 rok życia oraz jej wiek w chwili przystępowania do Umowy pożyczki zawartej z Santander Consumer Multirent Sp. z o.o., w związku, w którym Korzystający lub Pożyczkobiorca został objęty ubezpieczeniem na podstawie warunków ubezpieczenia, jest nie większa niż 300 000 złotych,
- 2) ma miejsce zamieszkania lub siedzibę w Rzeczypospolitej Polskiej.
- 3) Kwota leasingu lub Kwota pożyczki z tytułu umowy leasingu lub umowy pożyczki zawartej z Santander Consumer Multirent Sp. z o.o. oraz odpowiednio Korzystającym albo Pożyczkobiorcą aneksu wydłużającego okres trwania umowy leasingu lub umowy pożyczki, Ubezpieczający może złożyć Wniosek o przedłużenie umowy ubezpieczenia na okres trwania odpowiednio umowy leasingu lub umowy pożyczki.
- 4) wyraziła zgodę na zawarcie Umowy ubezpieczenia i złożyła oświadczenia zawarte we Wniosku.

§ 4. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje na podstawie Wniosku złożonego przez Ubezpieczającego oraz akceptacji tego wniosku przez Ubezpieczyciela.
2. Polisa stanowi integralną część umowy ubezpieczenia i stanowi potwierdzenie jej zawarcia.
3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres wskazany w Polisie, zgodny z okresem trwania umowy leasingu lub umowy pożyczki, nie dłuższy niż 96 miesięcy. W przypadku zawarcia pomiędzy Santander Consumer Multirent Sp. z o.o. oraz odpowiednio Korzystającym albo Pożyczkobiorcą aneksu wydłużającego okres trwania umowy leasingu lub umowy pożyczki, Ubezpieczający może złożyć Wniosek o przedłużenie umowy ubezpieczenia na okres trwania odpowiednio umowy leasingu lub umowy pożyczki.
4. Za dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia i rozpoczęcia okresu ubezpieczenia uznaje się dzień następujący po dniu zawarcia Umowy pożyczki lub Umowy leasingu, nie wcześniej niż od dnia wydania pojazdu Korzystającemu oraz pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej. W przypadku przedłużenia Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 3 zdanie drugie, ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana od dnia następującego po dniu zawarcia aneksu do Umowy leasingu lub Umowy pożyczki, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem okresów karencji określonych w ust 5 poniżej. Okres ubezpieczenia kończy się w dniu wymagalności spłaty ostatniej Raty leasingowej lub Raty pożyczki ustalonej zgodnie z Harmonogramem, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Ochroną ubezpieczeniową objęte są Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły i trwały w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się:
 - 1) w zakresie ubezpieczenia ryzyka śmierci i Niezdolności do pracy – następnego dnia po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 2) w zakresie ubezpieczenia ryzyka Hospitalizacji spowodowanej Chorobą, Czasowej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania - trzydziestego dnia po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa i umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - a) z dniem rozwiązania umowy leasingu lub umowy pożyczki wskutek wypowiedzenia;
 - b) po upływie ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu ochrony ubezpieczeniowej;
 - c) z dniem wygaśnięcia umowy leasingu lub umowy pożyczki;
 - d) w dniu odstąpienia od ochrony ubezpieczeniowej
 - e) po upływie ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego w którym Ubezpieczony ukończył 72 roku życia;
 - f) odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w stosunku do Ubezpieczonego wskazanego w Polisie niebędącego osobą fizyczną z dniem, w którym Ubezpieczony traci status wspólnika, akcjonariusza, członka zarządu lub prokurenta. W takim przypadku Ubezpieczający nie

ma prawa wskazania innej osoby fizycznej w miejsce dotychczasowego Ubezpieczonego;

- g) w dniu wyczerpania Sumy ubezpieczenia ze wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych.
5. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia.
6. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym złożono wypowiedzenie.
7. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia albo jej wypowiedzeniu uważa się za złożone Ubezpieczycielowi w dniu jego złożenia Agentowi.

§ 5. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej dla jednego Ubezpieczonego jest obliczana w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia za cały okres ubezpieczenia i płatna jest przez Ubezpieczającego w równych ratach miesięcznych.
2. Składka ubezpieczeniowa jest płatna w złotych na rachunek Agenta ubezpieczeniowego, w terminach określonych w Harmonogramie. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej, przy czym Ubezpieczający upoważnia Agenta do przekazania w jego imieniu składki ubezpieczeniowej Ubezpieczycielowi.
3. Składka ubezpieczeniowa jest obliczana jako iloczyn stopy składki ubezpieczeniowej oraz Kwoty Leasingu albo Kwoty pożyczki i liczby miesięcy okresu ubezpieczenia.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki w terminie ustalonym w Polisie, wówczas Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się.

§ 6. SUMA UBEZPIECZENIA, WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA I LIMITY ŚWIADCZEŃ

1. Suma ubezpieczenia, rozumiana jako górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu jednego i wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w odniesieniu do Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia wynosi 300 000 (trzysta tysięcy) złotych w przypadku OPCJI 1 i 325 000 (trzysta dwadzieścia pięć tysięcy) złotych w przypadku OPCJI 2, z zastrzeżeniem postanowień poniżej.
2. Poniższa tabela nr 1 określa wysokość i limity świadczeń dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 3 – 11:

Tabela nr 1

L.p.	Ryzyko	Limity i wysokość świadczeń
1.	Śmierć	Jednorazowe świadczenie w wysokości 100 % Salda pożyczki albo 100 % Salda leasingu na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego maksymalnie do kwoty 300 000 zł.
2.	Niezdolność do Pracy	Jednorazowe świadczenie w wysokości 100 % Salda pożyczki albo 100 % Salda leasingu na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego maksymalnie do kwoty 300 000 zł.
3.	Hospitalizacja	Miesięczne świadczenie z tytułu Hospitalizacji w wysokości miesięcznej Raty pożyczki albo miesięcznej Raty leasingowej (max. do kwoty 6 000 zł); max. 72 000 zł na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe.
4.	Czasowa niezdolność do Pracy	Miesięczne świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w wysokości miesięcznej Raty pożyczki albo miesięcznej Raty leasingowej (max. do kwoty 6 000 zł); max. do kwoty 72 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe.
5.	Poważne zachorowanie	Jednorazowe świadczenie w wysokości 100 % Salda pożyczki albo 100 % Salda leasingu na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego maksymalnie do kwoty 300 000 zł.
6.	Śmierć w OPCJI 2 PLUS	Dodatkowe jednorazowe świadczenie w wysokości 25 000 zł.

3. Świadczenie Ubezpieczyciela z tytułu Śmierci Ubezpieczonego jest równe 100 % Salda pożyczki albo 100 % Salda leasingu na Dzień zdarzenia ubezpieczeniowego maksymalnie do kwoty 300 000 (trzysta tysięcy) złotych, z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku OPCJI 2 świadczenie Ubezpieczyciela z tytułu Śmierci Ubezpieczonego powiększone jest o dodatkowe 25 000 (dwadzieścia pięć tysięcy) złotych.
4. Świadczenie Ubezpieczyciela z tytułu Niezdolności do Pracy jest równe 100 % Salda pożyczki albo 100 % Salda leasingu na Dzień zdarzenia ubezpieczeniowego maksymalnie do kwoty 300 000 (trzysta tysięcy) złotych.

5. Świadczenie Ubezpieczyciela z tytułu **Czasowej niezdolności do pracy** jest równe miesięcznej Racie leasingowej lub Racie pożyczki, która jest pierwszą wymagalną po dniu zajścia tego Zdarzenia ubezpieczeniowego. Kolejne świadczenia odpowiadają kolejnym Ratom leasingowym lub Ratom pożyczki zgodnie z Harmonogramem. Wysokość Raty leasingowej lub Raty pożyczki wskazywana jest na podstawie Harmonogramu, jednak nie może być wyższa niż 6 000 (sześć tysięcy) złotych. **Limit świadczeń** z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wynosi – **12 miesięcznych** Rat leasingowych albo Rat pożyczki na każde pojedyncze zdarzenie ubezpieczeniowe oraz na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe. **Suma ubezpieczenia** z tytułu Czasowej niezdolności do pracy jest ograniczona do maksymalnej kwoty **72 000** (siedemdziesiąt dwa tysiące) złotych na pojedyncze oraz na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe.
6. Świadczenie Ubezpieczyciela z tytułu **Hospitalizacji** jest równe miesięcznej Racie leasingowej lub Racie pożyczki, która jest pierwszą wymagalną po dniu zajścia tego Zdarzenia ubezpieczeniowego. Kolejne świadczenia odpowiadają kolejnym Ratom leasingowym lub Ratom pożyczki zgodnie z Harmonogramem. Wysokość Raty leasingowej lub Raty pożyczki wskazywana jest na podstawie Harmonogramu, jednak nie może być wyższa niż 6 000 (sześć tysięcy) złotych. **Limit świadczeń** wynosi – **6 miesięcznych** Rat leasingowych albo Rat pożyczki na każde pojedyncze Zdarzenie ubezpieczeniowe oraz **12 miesięcznych** Rat leasingowych albo Rat pożyczki na wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. **Suma ubezpieczenia** z tytułu Hospitalizacji jest ograniczona do maksymalnej kwoty **72 000** (siedemdziesiąt dwa tysiące) złotych na pojedyncze oraz na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe.
7. Świadczenie Ubezpieczyciela z tytułu **Poważnego zachorowania** jest równe 100 % Salda pożyczki albo 100 % Salda leasingu na Dzień zdarzenia ubezpieczeniowego maksymalnie do kwoty 300 000 (trzysta tysięcy) złotych.
8. Świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy oraz Hospitalizacji wypłacane są z dołu, po upływie nieprzerwanych okresów trwania zdarzenia, określonych w tabeli poniżej:

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
Czasowa niezdolność do pracy	30 dni	30 dni
Hospitalizacja	3 dni	30 dni

9. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego świadczenia z tytułu kolejnej w okresie ubezpieczenia Hospitalizacji po upływie nieprzerwanego 3 dniowego okresu Hospitalizacji, pod warunkiem, że Hospitalizacja rozpoczęła się nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia poprzedniej Hospitalizacji.
10. Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania wypłacane jest po upływie pełnego nieprzerwanego 30 dniowego okresu pozostawania Ubezpieczonego w stanie Poważnego zachorowania.
11. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w całym okresie ubezpieczenia ponad limit i wysokość sum ubezpieczenia określone w ust. 1-10 powyżej.

§ 7. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

1. Wszelkie dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia powinny być złożone:
- listem poleconym na adres Administratora:
- AXA**
ul. Giełdowa 1
Budynek LIXA B
01-211 Warszawa
- lub
- listem elektronicznym na adres: clp.pl@partners.axa
2. Agent przekazuje do Ubezpieczyciela kopię Wniosku oraz Polisy oraz informację o wysokości kwoty leasingu lub kwoty pożyczki, jeżeli jest to konieczne do ustalenia wysokości świadczenia.
3. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia należy złożyć formularz zgłoszenia roszczenia oraz następujące dokumenty:

ŚMIERĆ

- zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub kartę zgonu zawierającą określenie przez lekarza przyczyny zgonu,
- odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
- historię choroby, będącej przyczyną śmierci Ubezpieczonego,

- jeżeli zgon Ubezpieczonego jest skutkiem Nieszczęśliwego wypadku również:
 - zaświadczenie lekarskie stwierdzające związek przyczynowo skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego,
 - notatkę policyjną opisującą okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub inny dokument wydany przez organ uprawniony do ustalenia okoliczności zdarzenia, opisujący te okoliczności, o ile sporządzono taki dokument.

NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

- w przypadku 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 i całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym bez orzeczenia o celowości przekwalifikowania albo prawomocne orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji;
- historię choroby Ubezpieczonego.

HOSPITALIZACJA

- kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inne zaświadczenie ze Szpitala zawierające informacje o Hospitalizacji Ubezpieczonego,
- w przypadku Hospitalizacji spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inne zaświadczenie ze Szpitala zawierające informacje o Hospitalizacji Ubezpieczonego stwierdzające związek przyczynowo skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem, a przyczyną Hospitalizacji i okresem Hospitalizacji;
- w przypadku Hospitalizacji spowodowanej Chorobą - historię Choroby.

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

W razie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Czasowej Niezdolności do pracy Ubezpieczonego występujący z roszczeniem jest zobowiązany przekazać:

- druk ZUS ZLA lub inny dokument, o którym mowa w definicji Czasowej Niezdolności do pracy potwierdzający Czasową Niezdolność do pracy w okresie, za który żąda on zapłaty świadczenia,
- w przypadku Czasowej Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem - zaświadczenie lekarskie stwierdzające związek przyczynowo skutkowy pomiędzy, Nieszczęśliwym wypadkiem a przyczyną Czasowej niezdolności do pracy,
- w przypadku Czasowej Niezdolności do pracy spowodowanej Chorobą - historię Choroby;
- notatkę policyjną opisującą okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub inny dokument wydany przez organ uprawniony do ustalenia okoliczności zdarzenia, opisujący te okoliczności, o ile sporządzono taki dokument.

POWAŻNE ZACHOROWANIE

- dokumentację medyczną zawierającą pierwszą diagnozę Poważnego zachorowania u Ubezpieczonego sporządzoną przez lekarza praktykującego w Polsce,
- historię choroby Ubezpieczonego.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, Ubezpieczyciel, działający przez Administratora, ma 7 dni na poinformowanie Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego (jeśli składają roszczenie) o otrzymaniu takiego zawiadomienia. W tym czasie podejmuje działania w celu ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia. Informuje również osobę składającą roszczenie, w formie pisemnej lub innej uzgodnionej, o wymaganych dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeśli to konieczne.
- Wszelkie dokumenty związane ze zgłaszaniem roszczenia powinny być przekazywane do Ubezpieczyciela na adres Administratora.
- Agent na żądanie Ubezpieczyciela działającego przez Administratora zobowiązany jest złożyć Administratorowi kopię Wniosku oraz Polisy ubezpieczeniowej, oraz oświadczenie o wysokości Raty leasingowej lub Raty pożyczki albo Salda leasingu lub Salda pożyczki albo Kwoty Pożyczki lub Kwoty Leasingu, która stanowi podstawę ustalenia wysokości świadczenia zgodnie z §6.
- Jeżeli dokumenty sporządzone są w języku obcym powinny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
- Ubezpieczyciel może zażądać od występującego z roszczeniem także innych, niewymienionych powyżej dokumentów lub informacji niezbędnych do ustalenia Uprawnionego do świadczenia, zasadności roszczenia o wypłatę lub wysokości świadczenia, jeżeli na podstawie posiadanych uprawnień sam nie może uzyskać takich dokumentów lub informacji albo, gdy pozwoli to na przyspieszenie zakończenia postępowania, co do ustalenia

- Uprawnionego do świadczenia, zasadności roszczenia o wypłatę lub wysokości świadczenia.
9. Wszelkie koszty związane ze skompletowaniem i doręczeniem wymaganych dokumentów ponosi występujący z roszczeniem.
 10. Ubezpieczyciel może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia. Koszty badań pokrywa Ubezpieczyciel.
 11. Ubezpieczyciel jest zobowiązany udostępnić Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub Uprawnionemu do świadczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania. Osoba uprawniona do otrzymania informacji ma prawo żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopie dokumentów i żądać potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
 12. W przypadku jakichkolwiek pytań, wątpliwości związanych z procesem zgłoszenia roszczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony do świadczenia może zasięgnąć informacji u Administratora dzwoniąc pod numer telefonu **(22) 526 29 20** w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00 lub drogą elektroniczną wysyłając maila na adres clp.pl@partners.axa
 13. Pod warunkiem nabycia prawa do świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie do 30 dni od dnia zgłoszenia roszczenia.
 14. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia nie było możliwe w terminie określonym w ust. 13, 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 zgłoszenia roszczenia.
 15. Jeżeli w powyższych terminach Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, to pisemnie zawiadamia osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia zgłoszonego roszczenia w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
 16. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, to Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia - informacja ta będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- h) choroby kręgosłupa, stawów i kości lub układu mięśniowo szkieletowego: choroba zwyrodnieniowa stawów, zespół łędźwiowy, piersiowy lub szyjny, wypadanie i wysuwanie dysku, zespół cieśni nadgarstka, osteoporoza, złamania, naderwanie ścięgien i więzadeł, lumbago, zapalenie nadkłykcia, uszkodzenie łąkotki, zapalenie kaletki,
 - i) chorób zakaźnych: zakażenie wirusem HIV/AIDS, zapalenie wątroby, borelioza,
 - j) choroby psychiczne;
 - 4) wypadku związanego z uprawianiem przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych lub ekstremalnych sportów: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jazda konna, wspinaczka górską, speleologia i wspinaczka skałkowa, paralotniarstwo, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierka, sporty obronne, kajakarstwo wysokogórskie, nurkowanie ze sprzętem oraz czynnym udziałem Ubezpieczonego w zawodach sportowych, wyścigach, rajdach lub inne aktywności powiązane z uprawianiem wyżej wymienionych niebezpiecznych lub ekstremalnych sportów;
 - 5) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojkowego lub prywatnego, który nie posiadał licencji na przewóz pasażerów;
 - 6) bójki, zamieszki, w których Ubezpieczony aktywnie uczestniczy, z wyjątkiem samoobrony, pomocy osobom znajdującym się w niebezpieczeństwie lub wykonywania obowiązków zawodowych;
 - 7) działań wojennych, w tym wojny domowej (niezależnie od tego czy wojna została wypowiedziana czy też nie), stanu wojennego, rebelii, terroryzmu, sabotażu, rewolucji albo powstania zbrojnego lub prawnie uzasadnionych działań sił zbrojnych, łącznie z bezpośrednimi i długofalowymi skutkami użycia broni masowego rażenia;
 - 8) promieniowania jonizującego lub skażenia radioaktywnego pochodzącym z paliwa jądrowego lub odpadów nuklearnych lub sprzętu nuklearnego, oraz skażenia toksycznego;
 - 9) strajków, zamieszek i rozruchów społecznych;
 - 10) zawodowego uczestnictwa w grach, wyścigach, zakładach lub zawodach sportowych;
 - 11) uczestnictwa Ubezpieczonego w charakterze sprawcy w przestępstwach lub wykroczeniach, które zostały potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - 12) 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;
 - 13) 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, 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.

§ 8. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- I. **Generalne wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, tj. świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli **Śmierć, Niezdolność do Pracy, Hospitalizacja, Czasowa niezdolność do Pracy** oraz **Poważne zachorowania** nastąpiły w wyniku:
 - 1) samobójstwa Ubezpieczonego lub usiłowania jego popełnienia przed upływem 12 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego, niezależnie od tego czy dokonanego w stanie poczytalności czy niepoczytalności albo uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia dokonanego przez osobę trzecią na prośbę Ubezpieczonego,
 - 3) Choroby istniejącej Ubezpieczonego, przy czym to wyłączenie odpowiedzialności obowiązuje tylko wówczas, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpi w terminie 12 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia i obejmuje następujące choroby:
 - a) choroby serca, układu krążenia i naczyń: zawał serca, przewlekła choroba niedokrwienna serca, choroba wieńcowa (CHD), niewydolność serca, kardiomiopatie, choroba zarostowa tętnic obwodowych (pAVK), tętniak, arytmia serca, zapalenie mięśnia sercowego, niewydolność zastawek serca i zwężenia, zatory,
 - b) choroby mózgu: krwotok mózgowy, udar mózgu, miażdżycy naczyń mózgowych, zakrzepica żył mózgowych,
 - c) choroby metaboliczne: cukrzyca, reumatyzm, dna moczianowa,
 - d) choroby przewodu pokarmowego: choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, niedrożność jelit, żyłaki przełyku, wrzody żołądka i jelit, marskość wątroby, niewydolność wątroby, zapalenie trzustki,
 - e) choroby płuc lub dróg oddechowych: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), rozedma płuc, astma oskrzelowa, zatorowość płucna, obrzęk płuc, zespół bezdechu sennego,
 - f) choroby neurologiczne: zespół Parkinsona, stwardnienie rozsiane, otępienie, epilepsja,
 - g) nowotworu,
- II. **Szczegółowe wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
 1. Poza generalnymi wyłączeniami odpowiedzialności Ubezpieczyciela świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku **Hospitalizacji** nie będzie wypłacane, jeżeli nastąpiła ona wskutek:
 - a) wszelkich bezpośrednich konsekwencji i powikłań następujących na skutek interwencji chirurgicznych, zabiegu kosmetycznego lub zabiegu z zakresu chirurgii plastycznej;
 - b) zabiegu kosmetycznego lub zabiegu z zakresu chirurgii plastycznej;
 - c) choroby psychicznej;
 - d) ciąży lub aborcji;
 - e) konsultacji lekarskiej, która miała miejsce przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - f) choroby sercowo-naczyniowej oraz udaru.
 2. Poza generalnymi wyłączeniami odpowiedzialności Ubezpieczyciela świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** Ubezpieczonego nie będzie wypłacane, jeżeli nastąpiła ona wskutek:
 - a) ciąży, aborcji oraz ustawowego urlopu macierzyńskiego albo urlopu wychowawczego;
 - b) zespołu chronicznego zmęczenia, choroby psychicznej, neuropsychiatrycznej lub psychologicznej, chyba że wymagana jest hospitalizacja przez okres dłuższy niż 15 kolejnych dni lub jeżeli na mocy prawomocnego wyroku sądu została ustanowiona kuratela lub opieka dla Ubezpieczonego;
 - c) bólów pleców oraz zachorowań związanych z kręgosłupem, takich jak: uraz krążka międzykręgowego lub radikulopatii: lumbago, bóle krzyża, rwa kulszowa, neuropatia udowa, neuralgia szyjno-ramienna, wysunięcie dysku, przepuklina dyskowa, ból pleców, ból szyi, kokcydynia, chyba że ubytek ten wymaga operacji;

3. Poza generalnymi włączeniami odpowiedzialności Ubezpieczyciela świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku **Poważnego zachorowania** nie będzie wypłacane, jeżeli nastąpiło wskutek:
 - a) nowotworu:
 - w niskim stopniu zaawansowania klinicznego, w tym: rak in situ (carcinoma in situ), zmiana CIN 3, czerniak złośliwy opisany w klasyfikacji TNM jako T1aN0M0;
 - o niskim stopniu złośliwości klinicznej, w tym: rak podstawnokomórkowy, rak kolczystokomórkowy;
 - nowotworu skóry, z wyjątkiem czerniaka w stadium zaawansowania wyższym niż IA wg AJCC;
 - raka prostaty w stadium zaawansowania I według klasyfikacji American Joint Committee on Cancer;
 - wszystkie stadia CIN (wewnątrznałobkowej neoplazji szyjki macicy);
 - nowotwór złośliwy u Ubezpieczonych zarażonych wirusem HIV;
 - b) zawału serca, występującego jako:
 - inne ostre zespoły wieńcowe (stabilnej lub niestabilnej dławicy piersiowej);
 - zawału serca przeżyty 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:
 - wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych w tym angioplastyka tętnic wieńcowych;
 - małoinwazyjne pomostowanie tętnic wieńcowych (operacja typu MIDCAB);
 - d) udaru mózgu, występujący jako:
 - przemijające ataki niedokrwienne (TIA);
 - udar bez trwałego ubytku neurologicznego;
 - uszkodzenia pourazowe;
 - udar lakunarny bez objawów neurologicznych;
 - objawy neurologicznych migreny;
 - e) przeszczepu narządów lub tkanek innych niż wskazane w § 1 ust. 18 lit. f) Warunków Ubezpieczenia lub innych procedur z wykorzystaniem komórek macierzystych poza przeszczepieniem szpiku kostnego.
 - f) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.
4. W przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe 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.

§ 9. REKLAMACJE

1. Postępowanie odnosi się do wszystkich reklamacji i zapytań zgłaszanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego do świadczenia, zwanych dalej łącznie odpowiednio „Klientem” oraz „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 może zostać złożona:
 - 1) na piśmie:
 - a) osobiście w siedzibie Administratora albo
 - b) wysłana przesyłką pocztową na adres Administratora:
- AXA**
ul. Giełdowa 1
budynek LIXA B
01-211 Warszawa
- 2) ustnie:
 - a) telefonicznie dzwoniąc pod numer telefonu (22) 526 29 20, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00,
 - b) osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w siedzibie Administratora:
- AXA**
ul. Giełdowa 1
budynek LIXA B
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 Ubezpieczyciela AE:PL-81016-18916-IVEIW-31
3. Przesłane zgłoszenia powinny zawierać następujące dane:
 - 1) pełen adres korespondencyjny lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - 2) wskazanie numeru Umowy leasingu lub Umowy pożyczki, w związku z którą Ubezpieczony zawarł Umowę ubezpieczenia,
 - 3) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające zgłoszenie, oczekiwane działania.

4. 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.
5. 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.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5 Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
7. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres wskazany w ust. 3 pkt 1).
8. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
9. Dla Umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze Warunki Ubezpieczenia właściwym jest prawo polskie.
10. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
11. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z Umową ubezpieczenia.
12. 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/>.
13. 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.

§ 10. 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, budynek LIXA B
01-211 Warszawa

2. Powództwo o roszczenia wynikające z realizacji postanowień Umowy ubezpieczenia oraz niniejszych Warunków Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania albo siedziby, Ubezpieczającego.
3. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia Umowy ubezpieczenia, a także przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z późniejszymi zmianami oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
4. Niniejsze warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem **1 stycznia 2026 roku**.