



**OGÓLNE WARUNKI
UBEZPIECZENIA
„OCHRONA NNW”**

**indeks
BGZBNPP/NNW_3_1.1/2018**



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Ubezpieczyciel zmieniającego się świata

Drogi Kliencie

Zachęcamy Cię do zapoznania się z niniejszym dokumentem. Dzięki temu dowiesz się w jakim zakresie Cię chronimy, w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie oraz jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu Twojego wniosku.

Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności. Są to przypadki, w których nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.



Aby zgłosić roszczenie:

- wypełnij formularz na stronie: www.cardif.pl (zakładka „Zgłoś roszczenie on-line”)
- wyślij e-mail na adres: roszczenia@cardif.pl
- wyślij na adres Ubezpieczyciela



Nasza strona internetowa z formularzem kontaktu: www.cardif.pl



Telefon: +48 22 529 19 99



Aby złożyć reklamację napisz na adres: reklamacje@cardif.pl



Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa

Poniższa tabela zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej prezentuje informacje zamieszczone w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	art. 2 ust. 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	art. 14

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Ochrona NNW” oznaczone indeksem BGZBNPP/NNW_3_1.1/2018, stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Ubezpieczycielem Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym.

Co oznaczają definicje?



Definicje

1. Pojęcia użyte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „Ochrona NNW” o indeksie BGZBNPP/NNW_3_1.1/2018 (zwanymi dalej: „OWU”) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, mają następujące znaczenie:
 - 1) **Agent** – przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
 - 2) **Centrum operacyjne** – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający Świadczeń Assistance, o których mowa w artykule 12;
 - 3) **Choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego;
 - 4) **Cykl rozliczeniowy** – miesięczny okres oznaczony w Umowie o kartę, Umowie o limit odnawialny w którym rozliczane są transakcje i za który bank wystawia zestawienie transakcji;
 - 5) **Data zajścia zdarzenia** –
 - a) w przypadku **Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego** – dzień Zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 6) **Deklaracja zgody** – oświadczenie Klienta złożone za pośrednictwem środków porozumienia się na odległość, w którym Klient wyraża wolę zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 7) **Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 8) **Dzienny ryczałt** – Świadczenie należne za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - 9) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień pobrania pierwszej Składki, wskazany we Wnioskopolisie/Polisie;
 - 10) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** –
 - a) dzień podpisania Wnioskopolisu albo,
 - b) dzień pobrania pierwszej Składki w odniesieniu do osób które złożyły Deklarację zgody;
 - 11) **Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego na skutek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - 12) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie Przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 13) **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek przy udziale Pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Za Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny uznaje się wypadek, któremu Ubezpieczony uległ jako: pasażer lub kierujący Pojazdem, rowerzysta, pieszy;
 - 14) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu na zasadach określonych w OWU;
 - 15) **Okres ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej odpowiadający Cyklowi rozliczeniowemu, przedłużany na kolejne, odnawialne Okresy ubezpieczenia pod warunkiem zapłaty Składki;

- 16) **Placówka medyczna** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tj. z dnia 26 stycznia 2016 r., Dz. U. z 2019r., poz.852), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA;
- 17) **Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała, będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 1 dzień, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 18) **Pojazd** – samochód, pojazd szynowy, motocykl, ciągnik rolniczy, przyczepa, dopuszczone do ruchu na podstawie przepisów o ruchu drogowym, statek powietrzny zdefiniowany zgodnie z ustawą prawo lotnicze, statek wodny w rozumieniu ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego z wyłączeniem statków użytkowanych w celach sportowych;
- 19) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, w przypadku osób które zawarły Umowę ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość;
- 20) **Klient** – osoba fizyczna będąca konsumentem posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, z którą BNP Paribas Bank Polska S.A. zawarł Umowę o kartę lub Umowę o limit odnawialny;
- 21) **Przyczyna zewnętrzna** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako Choroba, ani jako czynnik chorobotwórczy, będący bakterią, wirusem lub pasożytem wywołującym chorobę Ubezpieczonego;
- 22) **Suma ubezpieczenia** - kwota wskazana w OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 23) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 24) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. Definicja Szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- 25) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu lub Uposażonemu na zasadach określonych w OWU w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 26) **Świadczenie Assistance** – pomoc udzielana Ubezpieczonemu przysługująca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej po Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w zakresie i limitach wskazanych w Art. 12 niniejszych OWU;
- 27) **Transport medyczny do/z miejsca pobytu do placówki medycznej / pomiędzy placówkami** - zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej oraz transportu

powrotnego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie lub lekarza Centrum operacyjnego w zakresie i limitach wskazanych w OWU;

- 28) **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązany do opłacania Składki;
- 29) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazany w Polisie/Wnioskopolisie, który wyraził zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
- 30) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU, tj. Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa;
- 31) **Umowa o kartę** – umowa o kartę kredytową zawarta między Bankiem BNP Paribas Bank Polska S.A., a Klientem;
- 32) **Umowa o limit odnawialny** – Umowa o limit odnawialny Allegro zawarta między BNP Paribas Bank Polska S.A., a Klientem;
- 33) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta pisemnie lub za pomocą środków porozumiewania się na odległość pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
- 34) **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną wskazana przez Ubezpieczającego albo określona w niniejszych OWU, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
- 35) **Uprawniony** – Ubezpieczony osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną wskazana przez Ubezpieczającego uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 36) **Wariant** – jeden z trzech dostępnych wariantów ubezpieczenia wskazanych w Art 10 ust 2, wybierany przez Ubezpieczającego;
- 37) **Wnioskopolisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, w przypadku zawierania umowy w sposób inny niż za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności, na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela;
- 38) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia i realizację Świadczeń Assistance;
- 39) **Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego występuje związek przyczynowo - skutkowy;
- 40) **Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, jeśli pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a zgonem Ubezpieczonego występuje związek przyczynowo - skutkowy.

Jaki jest zakres mojej ochrony?



art. 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) **Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,**
 - 2) **Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego,**
 - 3) **Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.**

3. Ubezpieczenie trwa 24 godziny na dobę na całym świecie, z zastrzeżeniem, iż Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku obejmuje terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Ubezpieczony uprawniony jest do korzystania ze Świadczeń Assistance.

art. 3. Warunki zawarcia Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Klientem, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 70. roku życia.
2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość przez Klienta jest:
 - 1) złożenie Deklaracji zgody;
 - 2) opłacenie Składki we wskazanym terminie.
3. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia w formie pisemnej przez Klienta jest:
 - 1) podpisanie Wnioskopolisy.

Jak długo jestem chroniona?



art. 4. Czas trwania odpowiedzialność ubezpieczyciela

1. Ochrona z tytułu Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej wskazanym odpowiednio w Polisie lub Wnioskopolisie, jednak nie wcześniej niż w dniu pobrania Składki.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych OWU oraz w okresie za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami artykułu 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na okres odpowiadający Okresowi ubezpieczenia i jest przedłużana na kolejne miesięczne Okresy ubezpieczenia pod warunkiem, że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel może złożyć oświadczenie o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej najpóźniej na 30 dni przed zakończeniem danego Cyklu rozliczeniowego.
5. Warunkiem i potwierdzeniem ze strony Ubezpieczającego woli przedłużenia Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia jest zapłata Składki.
6. Z zastrzeżeniem ust. 2 Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadku wystąpienia jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) w dniu rozwiązania Umowy o kartę;
 - 3) w dniu zamknięcia Umowy o limit odnawialny;
 - 4) z ostatnim dniem danego Okresu ubezpieczenia w którym Ubezpieczający:
 - a) złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia;
 - b) ukończył 75 lat;
 - c) rozwiązał Umowę o kartę;
 - 5) z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela oświadczenia o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia;
 - 6) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, za który przypadła zapłacona Składka – w przypadku gdy Ubezpieczający nie opłacił w terminie Składki za kolejny Okres ubezpieczenia;
 - 7) z dniem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia;
7. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy o kartę Ubezpieczyciel dokona zwrotu pobranej Składki, Klient będzie traktowany jako osoba nieubezpieczona.

art. 5. Wypowiedzenie i odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający może w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi oświadczenie woli w tym zakresie w sposób wskazany w ust.4 pkt 1-3.
2. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający, będący konsumentem, może odstąpić od Umowy ubezpieczenia zawartej za pomocą środków porozumiewania się na odległość bez podania przyczyn, składając stosowne oświadczenie, w terminie 30 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia w sposób wskazany w ust.4 pkt 1-3 .
4. Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może złożyć:
 - 1) drogą mailową pod adresem: obsluga@cardif.pl;
 - 2) telefonicznie pod numerem telefonu (22) 529 19 99.
 - 3) pisemnie lub osobiście pod adresem: Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa;
5. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 3 powyżej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel świadczył Ochronę ubezpieczeniową.

art. 6. Zmiana wariantu

1. Ubezpieczający może w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia zmienić Wariant składając oświadczenie woli w tym zakresie w formie pisemnej na adres: Cardif- Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa lub telefonicznie pod numerem telefonu (22) 529 19 99.
2. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia woli o zmianie Wariantu, Ochrona ubezpieczeniowa w ramach nowego Wariantu obowiązuje od pierwszego dnia Cyklu rozliczeniowego przypadającego w następnym miesiącu kalendarzowym po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela pisma wraz z informacją zmianie Wariantu.

art. 7. Obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego opłacania Składki za okres świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w OWU, w wysokości wskazanej we Wnioskopolisie lub Polisie.
2. Ubezpieczający ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.
3. Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony (lub inna osoba) może składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela udostępnionym mu przez Agenta (Formularz Zgłoszenia Roszczenia).
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, jeżeli miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

art. 8. Prawa i obowiązki Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia i realizacji Świadczenia Assistance w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.

2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia.

art. 9. Składka ubezpieczeniowa

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie lub Polisie.
2. Składka płatna jest jednorazowo za Okres ubezpieczenia i zależy od wybranego Wariantu.

art. 10. Sumy ubezpieczenia

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia zależy od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu, który obowiązuje w Dniu zajścia zdarzenia.
2. Suma ubezpieczenia wyrażona jest kwotowo, osobno dla każdego Zdarzenia zgodnie Tabelą poniżej:

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia		
	Wariant A	Wariant B	Wariant C
Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	90 000 zł	145 000 zł	200 000 zł
Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	90 000 zł	145 000 zł	200 000 zł
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	8 100 zł	13 050 zł	18 000 zł

	Wariant A	Wariant B	Wariant C
Dzienny ryczałt za Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	90 zł	145 zł	200 zł

W jakiej wysokości otrzymam Świadczenie?

art. 11. Wysokość świadczenia

1. Z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w artykule 10 zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego Wariantem
2. Prawo do Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przysługuje, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną zgonu Ubezpieczonego.
3. Z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w artykule 10 z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego Wariantem - niezależnie od Świadczenia, o którym mowa w ust.1 niniejszego artykułu.



4. Prawo do Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przysługuje, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego będącego przyczyną zgonu Ubezpieczonego.
5. Z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Dzienny ryczałt za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w Szpitalu zgodnie z artykułem 10 zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego Wariantem.
6. Świadczenie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przysługuje za okres maksymalnie 90 dni w całym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem że z tytułu jednego Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku za okres maksymalnie 30 dni.
7. W przypadku, gdy przed wypłatą Świadczenia nastąpi zgon Ubezpieczonego wówczas należne Świadczenie wypłacane jest Uposażonym.
8. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub gdy żaden z Uposażonych w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do Świadczenia, uprawnionymi do otrzymania Świadczenia są członkowie rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonek Ubezpieczonego,
 - 2) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - 4) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - 5) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
9. Zgon lub utrata prawa do świadczenia jednej lub wielu osób z danej grupy osób, o których mowa w ust. 8 niniejszego artykułu skutkuje proporcjonalnym zaliczeniem udziału zmarłego (zmarłych) na rzecz pozostałej żyjącej osoby lub osób z danej grupy. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego. W takim przypadku świadczenie proporcjonalnie rozliczane jest pośród innych Uposażonych lub wypłacane zgodnie z ust.8 niniejszego artykułu.

art. 12. Świadczenie assistance

1. W przypadku zakończenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczonemu w ramach Świadczenia Assistance przysługuje organizacja i pokrycie kosztów poniższych świadczeń medycznych, organizacja pomocy opiekuńczej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz dostęp do świadczeń informacyjnych na zasadach opisanych w OWU.

I. ŚWIADCZENIA MEDYCZNE	LIMITY	ZDARZENIE
1. Konsultacja chirurga	świadczenie medyczne wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania	maksymalna liczba 7 świadczeń medycznych do wykorzystania na Zdarzenie
2. Konsultacja okulisty		
3. Konsultacja otolaryngologa		
4. Konsultacja ortopedy		
5. Konsultacja kardiologa		
6. Konsultacja neurologa		
7. Konsultacja pulmonologa		
8. Konsultacja lekarza rehabilitacji		
9. Konsultacja neurochirurga		
10. Konsultacja psychologa		
11. Zabieg ambulatoryjny		
12. Badania laboratoryjne		
13. Badanie radiologiczne		
14. Ultrasonografia		

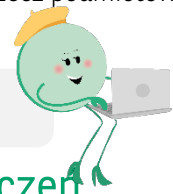
15. Rehabilitacja		Maksymalnie jedno (1) świadczenie medyczne (do 10 zabiegów stanowiących łącznie 1 świadczenie medyczne) w ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych	
II. POMOC OPIEKUŃCZA- ORGANIZACJA		LIMITY	
Opieka asystan ce	Transport do Placówki medycznej	Na każde Zdarzenie	
	Transport pomiędzy Placówkami medycznymi		
	Transport z Placówki medycznej		
	Dostarczenie leków		
	Wizyta pielęgniarki		
	Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego		
III. ŚWIADCZENIA INFORMACYJNE			
Infolinia medyczna		bez limitu	

2. W zakresie Świadczeń medycznych, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów poniższych świadczeń, na podstawie pisemnego skierowania Lekarza prowadzącego leczenie:
 - 1) **konsultacje lekarzy specjalistów** następujących specjalności:
 - a) chirurg,
 - b) okulista,
 - c) otolaryngolog,
 - d) ortopeda,
 - e) kardiolog,
 - f) neurolog,
 - g) pulmonolog,
 - h) lekarz rehabilitacji,
 - i) neurochirurg,
 - j) psycholog;
 - 2) **zabiegi ambulatoryjne, badania laboratoryjne, badania radiologiczne, badania ultrasonograficzne** – w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do OWU;
 - 3) **rehabilitacja** –
 - a) wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, albo
 - b) wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej, w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do OWU;
3. W zakresie pomocy opiekuńczej, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację poniższych usług:
 - 1) **Transport**, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, o ile nie jest konieczna, według wiedzy Lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego:
 - a) **z miejsca pobytu do Placówki medycznej**,
 - b) **pomiędzy Placówkami medycznymi** – w przypadku pobytu w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia pacjenta lub w przypadku skierowania przez Lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej,
 - c) **z Placówki medycznej** do miejsca pobytu Ubezpieczonego;

- 2) **dostarczenie leków** – do miejsca pobytu Ubezpieczonego, na podstawie pisemnego zalecenia leżenia od Lekarza prowadzącego leczenie oraz w przypadku konieczności zażywania leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie;
 - 3) **wizyta pielęgniarki** – w miejscu pobytu Ubezpieczonego na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu Ubezpieczonego;
 - 4) **dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego** – do miejsca pobytu Ubezpieczonego, zgodnie z pisemnym zaleceniem od Lekarza prowadzącego leczenie, używania Sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu Ubezpieczonego.
4. W zakresie świadczeń informacyjnych, Ubezpieczyciel zapewnia dostęp do **infolinii medycznej**, umożliwiającej Ubezpieczonemu uzyskanie telefonicznej informacji na temat:
 - 1) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - 2) działania leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami,
 - 3) placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - 4) placówkach handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny,
 - 5) sposobów, w jaki należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych,
 - 6) diet, zdrowego żywienia,
 - 7) domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - 8) aptek czynnych przez całą dobę.
 5. Świadczenie medyczne – badania laboratoryjne – traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez Lekarza prowadzącego leczenie, w związku z wystąpieniem jednego Zdarzenia.
 6. Maksymalna liczba świadczeń medycznych do wykorzystania oznacza, że z 15 (piętnastu) dostępnych świadczeń medycznych Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 7 (siedem) świadczeń medycznych możliwych do wykorzystania na każde Zdarzenie w Okresie ubezpieczenia.
 7. Na każde Zdarzenie Ubezpieczonemu przysługuje organizacja usług pomocy opiekuńczej, z możliwością kilkukrotnego skorzystania z tego samego rodzaju usługi.
 8. W odniesieniu do jednego Zdarzenia realizacja któregokolwiek świadczeń medycznych pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń medycznych do wykorzystania z uwzględnieniem postanowień ust. 9.
 9. W odniesieniu do jednego Zdarzenia, w ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania kilkukrotnie z tego samego rodzaju świadczenia medycznego, z wyłączeniem świadczenia medycznego rehabilitacja, które może być wykorzystane tylko jeden (1) raz w odniesieniu do jednego Zdarzenia a skorzystanie z niego oznacza wykorzystanie jednego świadczenia medycznego w ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych.
 10. W celu uzyskania świadczeń medycznych lub pomocy opiekuńczej, Ubezpieczony lub inna osoba jest zobowiązany niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia lub powzięciu informacji o jego powstaniu powiadomić o nim Centrum operacyjne, czynne przez całą dobę, pod numerem telefonu (+48 22) 563 12 28 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania Świadczeń Assistance:
 - 1) Numer Umowy o kartę;
 - 2) Numer PESEL;
 - 3) Imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 4) Adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 5) Opis rodzaju oczekiwanej pomocy;
 - 6) Numer telefonu do kontaktu.
 11. W celu realizacji Świadczeń medycznych, Ubezpieczony zobowiązany jest przelać do Centrum operacyjnego pocztą lub za pośrednictwem e-mail na adres assistance@mondial-assistance.pl, następujące dokumenty:
 - 1) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego),

- 2) kopię skierowania Lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia konsultacji, badań lub zalecenia dodatkowych świadczeń medycznych.
12. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
13. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 12, Ubezpieczyciel w terminie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniała sytuacja stanowi Zdarzenie uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
14. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności realizacji świadczenia medycznego w związku ze zgłoszonym roszczeniem o świadczenie medyczne, Ubezpieczyciel, w terminie 3 Dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
15. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia medycznego, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 11 albo ust. 14 pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia medycznego, wskazując przyczynę odmowy.
16. Koszty świadczeń medycznych pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia medyczne.

Jak mam zgłosić Zdarzenie?



art. 13. Sposób zgłaszania Zdarzeń oraz wypłaty Świadczeń

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczycielowi poprzez:
 - 1) wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl (zakładka: „Zgłoś roszczenie on-line”) lub
 - 2) wysłanie zawiadomienia na adres: roszczenia@cardif.pl lub
 - 3) przekazanie wniosku o wypłatę Świadczenia pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem Agenta, np. na formularzu zgłoszenia roszczeniaoraz dołączenie dokumentów wskazanych w OWU.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni kalendarzowych, licząc od daty otrzymania pisemnego zawiadomienia o Zdarzeniu.
4. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 3 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 3 niniejszego artykułu.
5. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 3 i 4 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz

podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

6. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
7. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z ryzyka innego niż zgon – Uprawnionemu lub Uposażonemu na wskazany rachunek bankowy.
8. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę Świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:

Zdarzenie	Wymagane dokumenty
Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	<ul style="list-style-type: none"> - odpis aktu zgonu, - kopia dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu, - kopia dokumentu potwierdzającego wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raportu policyjnego, stosownego postanowienia prokuratora, protokołu z wypadku lub opisu zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia), - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia. - kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osób, o których mowa w artykule 11 ust. 8 oraz ust. 9.
Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	<ul style="list-style-type: none"> - odpis aktu zgonu, - kopia dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu, - kopia dokumentu potwierdzającego wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raportu policyjnego, stosownego postanowienia prokuratora, protokołu z wypadku lub opisu zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia), - kopia dokumentu potwierdzającego dopuszczenie Pojazdu do ruchu oraz kopii dokumentu potwierdzającego uprawnienia do kierowania Pojazdem – w przypadku, gdy Ubezpieczony był prowadzącym Pojazd, - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia. - kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osób, o których mowa w artykule 11 ust. 8 oraz ust.9.
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	<ul style="list-style-type: none"> - kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w Szpitalu (np.: karta informacyjna leczenia szpitalnego lub inny dokument, który wystawia Szpital w trakcie trwania pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu), - kopia dokumentu potwierdzającego wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raportu policyjnego, stosownego postanowienia prokuratora, protokołu z wypadku lub opisu zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia), - kopia dokumentu potwierdzającego dopuszczenie Pojazdu do ruchu oraz kopia dokumentu potwierdzającego uprawnienia do kierowania Pojazdem – w przypadku, gdy Ubezpieczony był prowadzącym Pojazd, - kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego lub Uposażonych.

art. 14. Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:

- 1) czynnym i dobrowolnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 4) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
2. W przypadku **Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
- 1) czynnym i dobrowolnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa,
 - 3) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 4) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 5) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu (nie dotyczy to braku aktualnych badań technicznych pojazdu, chyba że przyczyną wypadku komunikacyjnego był stan techniczny pojazdu).
3. W przypadku **Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
- 1) czynnym i dobrowolnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) zdarzeniem związanym bezpośrednio z skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 4) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 5) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu (nie dotyczy to braku aktualnych badań technicznych pojazdu, chyba że przyczyną wypadku komunikacyjnego był stan techniczny pojazdu),
 - 6) próbą samobójstwa, samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
4. **W odniesieniu do Świadczeń Assistance** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczeń medycznych lub opiekuńczych, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, strajków, aktów terroryzmu, zamieszek społecznych i wojskowych;

- 2) masowych skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spowodowanych działaniem broni lub urządzeń wykorzystujących energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- 3) epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń;
- 4) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne);
- 5) ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować brak możliwości realizacji Świadczeń Assistance;
- 6) braku dostępu lub ograniczonego dostępu do Ubezpieczonego, względnie do miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.

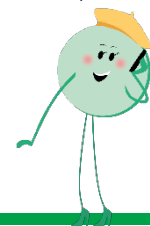
W przypadku gdy w celu weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w artykule 12 ust. 10 w związku z ust. 11, udzielenie Świadczenia Assistance określonego w OWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie Świadczenia Assistance, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem, że niespełnienie lub nienależyte spełnienie Świadczenia Assistance wynikało właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej pisemnej zgody.

5. **Ponadto w odniesieniu do Świadczeń Assistance** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
 - 1) zaburzeniami psychicznymi, zakwalifikowanymi w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
 - 2) wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportów – udziałem w zawodach, imprezach sportowych, obozach kondycyjnych i szkoleniowych lub próbach do nich, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu.

art. 15. Opodatkowanie świadczeń pieniężnych

1. Świadczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz.U.2019 poz. 1837 z późn. zm.).
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tj. Dz.U.2019 poz. 865 z późn. zm.).

Jak mam złożyć reklamację?



art. 16. Rozpatrywanie reklamacji

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa, przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamacje w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji w formie oraz w miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie osoby składającej reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.

3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
4. Osobie fizycznej składającej reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

art. 17. Sąd właściwy i rozstrzyganie sporów

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

art. 18. System monetarny

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

art. 19. Postanowienia końcowe

1. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (t.j.: Dz. U. 2019 r. Nr 43 poz. 1480) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Ochrona NNW” o indeksie BGZBNPP/NNW_3_1.1/2018 zatwierdzone przez Reprezentanta zagranicznego przedsiębiorcy Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą w dniu 20 kwietnia 2020 roku, zmienione uchwałą z dnia 30 września 2021 roku, wchodzi w życie z dniem 1 października 2021 roku.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Grzegorz Jurczyk



Reprezentant zagranicznego przedsiębiorcy Cardif -
Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce