

„SPOKOJNE ŻYCIE”

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

<input checked="" type="checkbox"/> Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego „Spokojne Życie” o indeksie GR/L/SŻ/DEATHALL/01/2019	2
<input checked="" type="checkbox"/> Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Zgonu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku o indeksie GR/L/SŻ/DEATHACC/01/2019	8
<input checked="" type="checkbox"/> Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy o indeksie GR/L/SŻ/DISABALL/01/2019	10
<input checked="" type="checkbox"/> Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku o indeksie GR/L/SŻ/DISABACC/01/2019	12
<input checked="" type="checkbox"/> Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Poważnego Zachorowania o indeksie GR/L/SŻ/CRITILL/01/2019	14
<input checked="" type="checkbox"/> Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Pobytu w Szpitalu o indeksie GR/L/SŻ/HOSPALL/01/2019	17
<input checked="" type="checkbox"/> Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Pobytu w Szpitalu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku o indeksie GR/L/SŻ/HOSPIACC/01/2019	19

Drogi Kliencie,

Zachęcamy Cię do zapoznania się z dokumentem, dzięki któremu dowiesz się, co obejmuje Twoje ubezpieczenie oraz w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie.

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

Aby ułatwić Ci lekturę, umieściliśmy przy najważniejszych fragmentach tekstu nasze komentarze opatrzone wykrzyknikami. Pamiętaj, że nasze komentarze nie mają charakteru wiążącego i nie stanowią części umowy ubezpieczenia. Pełnią one jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i nie zastępują pełnego tekstu szczególnych warunków ubezpieczenia.

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO „SPOKOJNE ŻYCIE” o indeksie GR/L/SŻ/DEATHALL/01/2019

W tabeli zostały wskazane najważniejsze artykuły Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, w których mowa o tym:

- kiedy należy się świadczenie,
- kiedy odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest ograniczona lub wyłączona.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 2 ust. 2 w związku z art.1 pkt 7, 23 art. 4 w związku z art.1 pkt 3, 5, 7, 10, 18, 21, 23 art. 9 w związku z art.1 pkt 11, 12, 21, 23 art. 10 w związku z art. 1 pkt 4, 12, 19, 21, 22, 23
2. Ograniczenia oraz wyłączenia zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art.11 w związku z art.1 pkt 3, 15, 22, 23

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego „SPOKOJNE ŻYCIE” o indeksie GR/L/SŻ/DEATHALL/01/2019 mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia Grupowego zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej umowy.

Słowa, których definicje znalazły się w art.1, mają szczególne znaczenie dla określenia zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Zostały one użyte w treści warunków ubezpieczenia w znaczeniu nadanym im przez definicje. Dlatego zapoznanie się z definicjami umożliwi Ci właściwe zrozumienie warunków ubezpieczenia. Pojęcia zdefiniowane w art. 1 pisane są w tekście warunków ubezpieczenia z wielkiej litery. Czytając poszczególne artykuły upewnij się, co znaczą te pojęcia zgodnie z definicjami zawartymi w art.1.

ART 1. DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego „SPOKOJNE ŻYCIE” o indeksie GR/L/SŻ/DEATHALL/01/2019 (dalej określanych jako SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, wymienione poniżej pojęcia mają następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – podmiot będący agentem ubezpieczeniowym, wykonujący czynności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Choroba** – reakcja ludzkiego ciała na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynności ciała lub zmian organicznych w całym organizmie człowieka lub w jego częściach, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 3) **Deklaracja ubezpieczeniowa** - dokument potwierdzający przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia, w formie pisemnej pod rygorem nieważności;
- 4) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego podpisanej Deklaracji ubezpieczeniowej, jednak nie wcześniej niż Dzień uruchomienia Kredytu / Pożyczki;
- 5) **Dzień uruchomienia Kredytu / Pożyczki** – dzień przekazania środków przez Kredytodawcę na rachunek wskazany w umowie Kredytu / Pożyczki;

- 6) **Kredyt/ Pożyczka** – kredyt gotówkowy lub pożyczka gotówkowa, przeznaczone wyłącznie na cel konsumpcyjny, niezwiązany z działalnością gospodarczą, udzielane przez Kredytodawcę zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 7) **Kredytobiorca / Pożyczkobiorca** - osoba fizyczna będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła za pośrednictwem Ubezpieczającego umowę Kredytu / Pożyczki z Kredytodawcą;
- 8) **Kredytodawca** - osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Kredytobiorcą/Pożyczkobiorcą umowę Kredytu / Pożyczki;
- 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w Okresie ubezpieczenia;
- 10) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu na zasadach określonych w SWU;
- 11) **SWUD** – odpowiednie Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego;
- 12) **Okres ubezpieczenia** – czas udzielania Ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela, wskazany w Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 13) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczony lub inna osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia, w tym również Uposażony;
- 14) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
- 15) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 16) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w Deklaracji ubezpieczeniowej, stanowiąca maksymalną odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Zdarzenia, będąca podstawą ustalenia wysokości Świadczenia;
- 17) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w SWU w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 18) **Ubezpieczający** – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 19) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca / Pożyczkobiorca będący osobą fizyczną, wskazany w Deklaracji ubezpieczeniowej, którego życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 20) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2;
- 21) **Ubezpieczenie dodatkowe** – warunki rozszerzające na wniosek Ubezpieczonego zakres Ochrony ubezpieczeniowej, na zasadach określonych w odpowiednich SWUD;
- 22) **Ubezpieczenie podstawowe** – Ochrona ubezpieczeniowa świadczona na rzecz Ubezpieczonego, na warunkach określonych w SWU;
- 23) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia grupowego zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
- 24) **Uposażony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego albo – w przypadku braku takiego podmiotu – podmiot wskazany w SWU, uprawniony do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego;
- 25) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
- 26) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w SWU lub w SWUD, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, jeżeli jego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o Świadczenie;
- 27) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego z jakiegokolwiek przyczyny.



Postanowienie to wskazuje, czego dotyczy i co obejmuje Twoje ubezpieczenie.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko Zgonu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.
3. Z tytułu ryzyka Zgonu Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca swego pobytu.
4. W trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.



Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową osoby, które spełniają określone warunki i które dokonały określonych czynności. Sprawdź, czy spełniasz wymagania określone przez ubezpieczyciela.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić Kredytobiorca / Pożyczkobiorca, który najpóźniej w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia osiągnął Wiek 18 lat.
2. Do ubezpieczenia nie może przystąpić Kredytobiorca / Pożyczkobiorca, którego Wiek łącznie z Okresem ubezpieczenia przekracza 70 lat.

- Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest podpisanie, pod rygorem nieważności, przez Kredytobiorcę / Pożyczkobiorcę Deklaracji ubezpieczeniowej.



*Postanowienie to określa, od kiedy i do kiedy trwa ochrona ubezpieczeniowa.
Okres ubezpieczenia możesz zawsze sprawdzić w Deklaracji ubezpieczeniowej.
Zwróć uwagę, że złożenie Deklaracji ubezpieczeniowej nie jest równoznaczne z rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
Zwróć również uwagę na to, kiedy kończy się ochrona ubezpieczeniowa.*

ART 4. CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Okres ubezpieczenia rozpoczyna się następnego dnia po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia, a kończy w terminie wskazanym w Deklaracji ubezpieczeniowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Zgonu rozpoczyna się następnego dnia po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie do dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej. Wyjątkowo jednak wygaśnie ona wcześniej w następujących przypadkach:
 - w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - w dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat;
 - w dniu, w którym Ubezpieczony skutecznie doręczył Ubezpieczycielowi pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - w dniu, w którym Składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową ubezpieczenia, a nie została przez niego opłacona;
- w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
- W przypadku, gdy Kredytobiorca / Pożyczkobiorca skutecznie odstąpi od umowy Kredytu / Pożyczki, będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona. W takim przypadku Składka z tytułu Umowy ubezpieczenia zostanie zwrócona w całości Ubezpieczającemu.



*Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej.
Sprawdź kiedy i jak to zrobić.*

ART 5. REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO

- Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie składając Ubezpieczycielowi oświadczenie pisemne, pod rygorem nieważności.
- Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną z dniem, w którym Ubezpieczyciel ją otrzymał.
- Rezygnacja z Ochrony ubezpieczeniowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona Składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej).



*Sprawdź, jakie obowiązki ciążą na ubezpieczającym/ubezpieczonym.
Ich spełnienie jest konieczne, by ubezpieczyciel (w razie zajścia zdarzenia) mógł wypłacić świadczenie z umowy ubezpieczenia.*

ART 6. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

- Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU oraz Kartę produktu.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu Formularzy Zgłoszenia Roszczenia.
- Ubezpieczony powinien złożyć Deklarację ubezpieczeniową w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym przez Ubezpieczającego.
- Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.



*Sprawdź, jakie są prawa ubezpieczyciela względem ubezpieczonego.
Sprawdź, jakie ubezpieczyciel ma obowiązki.*

ART 7. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

- Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia w wysokości i na zasadach opisanych w SWU.
- Ubezpieczyciel może żądać udzielenia odpowiedzi na pytania o stan zdrowia Ubezpieczonego oraz przeprowadzenia badania lekarskiego w celu stwierdzenia stanu zdrowia Ubezpieczonego przed objęciem go Ochroną ubezpieczeniową oraz w celu ustalenia prawa do Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
- 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 ubezpieczeniowego.

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o przyjęcie do ubezpieczenia.



Sprawdź, jakie są zasady ustalania wysokości i opłacania składki ubezpieczeniowej.

ART 8. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość Składki ustala się według taryfy Składek obowiązującej w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Wysokość Składki może zależeć od zakresu ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia, Wiek Ubezpieczonego oraz długości trwania Okresu ubezpieczenia.
3. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta, jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia, na wskazany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego.
4. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.



*Wysokość świadczenia zależy od sumy ubezpieczenia.
Zawsze możesz sprawdzić w Deklaracji ubezpieczeniowej jaka jest Twoja suma ubezpieczenia.*

ART 9. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu wskazana jest w Deklaracji ubezpieczeniowej.
2. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia.



Sprawdź, w jaki sposób możesz zgłosić swoje roszczenia wobec ubezpieczyciela.

ART 10. SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest niezwłoczne przekazanie Ubezpieczycielowi przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:
 - odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - dokumentu określającego przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp);
 - jeżeli przyczyną Zdarzenia był Nieszczęśliwy wypadek - dokumentu opisującego okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia Ubezpieczonego;
 - innych dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia;
2. Wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia powinny być 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. Świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego jest wypłacane Uposażonym, wskazanym przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej, w częściach zgodnych ze wskazaniem Ubezpieczonego.
4. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w Świadczeniu uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w Świadczeniu poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego.
5. 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:
 - a) współmałżonek Ubezpieczonego,
 - b) jeśli brak współmałżonka Ubezpieczonego - dzieci Ubezpieczonego, które otrzymują Świadczenie w częściach równych,
 - c) jeśli brak dzieci i współmałżonka Ubezpieczonego - rodzice Ubezpieczonego, którzy otrzymują Świadczenie w częściach równych,
 - d) jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka Ubezpieczonego - rodzeństwo Ubezpieczonego, które otrzymuje Świadczenie w częściach równych,
 - e) jeśli brak osób wymienionych powyżej - spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa, którzy otrzymują Świadczenie w częściach równych ich udziałowi w spadku.
6. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego.



Szczególnie ważne jest byś wiedział, w jakich przypadkach świadczenie z umowy ubezpieczenia nie może być wypłacone.

ART 11. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku **Zgonu** odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło bezpośrednio w związku z:

- a) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
- b) czynnym 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;
- c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- d) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.



Poznaj zasady opodatkowania świadczeń z umowy ubezpieczenia.

ART 12. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia z Umowy ubezpieczenia 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 (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 2032 z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.
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 (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1888 z późn. zm.).



Masz prawo wyrazić niezadowolenie z działań ubezpieczyciela poprzez złożenie reklamacji.

Poznaj zasady składania i rozpatrywania reklamacji.

ART 13. ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamację można złożyć w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów.
2. Reklamacja może być złożona:
 - a) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Ubezpieczyciela przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. poz. 1529 oraz z 2015 r. poz. 1830),
 - b) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów, o której mowa w pkt. a),
 - c) e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
3. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Reklamację 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. Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia Osoba składająca Reklamację może wnieść odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
6. Osobie fizycznej składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub zwrócenia się do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
8. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.



Jeśli sporu z ubezpieczycielem nie można zakończyć polubownie, otwarta jest zawsze droga dochodzenia roszczeń w sądzie. Poznaj zasady rządzące sądownym dochodzeniem roszczeń.

ART 14. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

2. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby 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 15. 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 16. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego „SPOKOJNE ŻYCIE” o indeksie GR/L/SŻ/DEATHALL/01/2019 wchodzi w życie z dniem 07 czerwca 2019 roku.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

na wypadek ZGONU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU o indeksie GR/L/SŻ/DEATHACC/01/2019
do SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO "SPOKOJNE ŻYCIE" o indeksie GR/L/SŻ/DEATHALL/01/2019

W tabeli zostały wskazane najważniejsze artykuły Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego, w których mowa o tym:

- kiedy należy się świadczenie,
- kiedy odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest ograniczona lub wyłączona.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 2 ust.2, art. 4, art. 5, art. 6 w związku z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 7 w związku z art. 1

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (dalej zwane „Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego” lub „SWUD”) stanowią rozszerzenie zakresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego „SPOKOJNE ŻYCIE” o indeksie GR/L/SŻ/DEATHALL/01/2019, zwanych dalej „SWU”.

Warunki określone w SWU mają zastosowanie do Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego, jeśli te nie stanowią inaczej.

ART 1. DEFINICJE

1. W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego wymienione poniżej pojęcia mają następujące znaczenie:
 - 1) **Dzień zajścia Zdarzenia** – dzień zgonu Ubezpieczonego, wskazany w akcie zgonu;
 - 2) **Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć Ubezpieczonego jest skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego nadaje się znaczenie przyjęte w SWU.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który zaszedł w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej
3. Z tytułu ryzyka Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca swego pobytu.



Pamiętaj, że trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.

ART 3. WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Ubezpieczenie dodatkowe może rozszerzać zakres Ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach Ubezpieczenia podstawowego.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest w tym samym czasie i trybie co Ubezpieczenie podstawowe.



Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w każdym przypadku wygaśnięcia ochrony z tytułu ubezpieczenia podstawowego oraz w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia w ramach danego ryzyka.

ART 4. CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ Z TYTUŁU ZGONU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie do dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej Wyjątkowo jednak wygaśnie ona wcześniej w następujących przypadkach:
 - a) w każdym przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego;

- b) w dniu podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

ART 5. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wskazana jest w Deklaracji ubezpieczeniowej.
2. W przypadku Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia.

ART 6. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W celu rozpatrzenia roszczenia z tytułu Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku niezbędne jest niezwłoczne przekazanie Ubezpieczycielowi przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:
 - odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - dokumentu określającego przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - dokumentu opisującego okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - innych dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia;
2. Świadczenie z tytułu Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Uposażonym na zasadach określonych w SWU.



Szczególne ważne jest być wiedział, w jakich przypadkach świadczenie z umowy ubezpieczenia nie może być wypłacone.

ART 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiło bezpośrednio w związku z:

- a) czynnym 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;
- b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- c) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- d) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.

ART 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się postanowienia SWU oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku o indeksie GR/L/SŻ/DEATHACC/01/2019 wchodzi w życie z dniem 07 czerwca 2019 roku.

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

na wypadek TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY o indeksie GR/L/SŻ/DISABALL/01/2019
do SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO "SPOKOJNE ŻYCIE" o indeksie
GR/L/SŻ/DEATHALL/01/2019

W tabeli zostały wskazane najważniejsze artykuły Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego, w których mowa o tym:

- kiedy należy się świadczenie,
- kiedy odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest ograniczona lub wyłączona.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 2 ust.2, art. 4, art. 5, art. 6 w związku z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 7 w związku z art. 1

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (dalej zwane „Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego” lub „SWUD”) stanowią rozszerzenie zakresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego „SPOKOJNE ŻYCIE” o indeksie GR/L/SŻ/DEATHALL/01/2019, zwanych dalej „SWU”.

Warunki określone w SWU mają zastosowanie do Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego, jeśli te nie stanowią inaczej.

ART 1. DEFINICJE

1. W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego wymienione poniżej pojęcia mają następujące znaczenie:
 - 1) **Dzień zajścia Zdarzenia** – dzień wskazany w Orzeczeniu. W przypadku, gdy w Orzeczeniu nie wskazano tego dnia, za Dzień zajścia Zdarzenia uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - 2) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie lub wyrok sądu, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - 3) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych SWUD;
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego nadaje się znaczenie przyjęte w SWU.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, który zaszedł w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Z tytułu ryzyka Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca swego pobytu.



Pamiętaj, że trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.

ART 9. WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Ubezpieczenie dodatkowe może rozszerzać zakres Ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach Ubezpieczenia podstawowego.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest w tym samym czasie i trybie co Ubezpieczenie podstawowe.



Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w każdym przypadku wygaśnięcia ochrony z tytułu ubezpieczenia podstawowego oraz w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia w ramach danego ryzyka.

ART 3. CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie do dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej. Wyjątkowo jednak wygaśnie ona wcześniej w następujących przypadkach:
 - a) w każdym przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego;
 - b) w dniu podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.

ART 4. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wskazana jest w Deklaracji ubezpieczeniowej.
2. W przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia.

ART 5. SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W celu rozpatrzenia roszczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy niezbędne jest niezwłoczne przekazanie Ubezpieczycielowi przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:
 - odpowiedniego Orzeczenia w rozumieniu niniejszych SWUD;
 - dokumentu określającego przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku);
 - innych dokumentów wymaganych przez Ubezpieczyciela, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
2. Uprawnionym do otrzymania Świadczenia jest Ubezpieczony.
3. Wypłata Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy realizowana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.



Szczególnie ważne jest byś wiedział, w jakich przypadkach świadczenie z umowy ubezpieczenia nie może być wypłacone.

ART 6. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiło bezpośrednio w związku z:

- a) próbą samobójstwa;
- b) czynnym 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;
- c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- d) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- e) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.

ART 7. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się postanowienia SWU oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy o indeksie GR/L/SZ/DISABALL/01/2019 wchodzi w życie z dniem 07 czerwca 2019 roku.

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
na wypadek TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO
WYPADKU o indeksie GR/L/SZ/DISABACC/01/2019
do SZCZEGÓLNYCH SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO "SPOKOJNE ŻYCIE" o indeksie
GR/L/SZ/DEATHALL/01/2019

W tabeli zostały wskazane najważniejsze artykuły Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego, w których mowa o tym:

- kiedy należy się świadczenie,
- kiedy odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest ograniczona lub wyłączona.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 2 ust.2, art. 4, art. 5, art. 6 w związku z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 7 w związku z art. 1

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (dalej zwane „Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego” lub „SWUD”) stanowią rozszerzenie zakresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego „SPOKOJNE ŻYCIE” o indeksie GR/L/SZ/DEATHALL/01/2019, zwanych dalej „SWU”.

Warunki określone w SWU mają zastosowanie do Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego, jeśli te nie stanowią inaczej.

ART 1. DEFINICJE

1. W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego wymienione poniżej pojęcia mają następujące znaczenie:
 - 1) **Dzień zajścia Zdarzenia** – dzień wskazany w Orzeczeniu. W przypadku, gdy w Orzeczeniu nie wskazano tego dnia, za Dzień zajścia Zdarzenia uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - 2) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie lub wyrok sądu, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) trwałe i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - 3) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – stan niesprawności Ubezpieczonego będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych SWUD;
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego nadaje się znaczenie przyjęte w SWU.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który zaszedł w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Z tytułu ryzyka Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca swego pobytu.



Pamiętaj, że trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.

ART 3. WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Ubezpieczenie dodatkowe może rozszerzać zakres Ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach Ubezpieczenia podstawowego.

- Objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest w tym samym czasie i trybie co Ubezpieczenie podstawowe.



Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w każdym przypadku wygaśnięcia ochrony z tytułu ubezpieczenia podstawowego oraz w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia w ramach danego ryzyka.

ART 4. CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie do dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej. Wyjątkowo jednak wygaśnie ona wcześniej w następujących przypadkach:
 - w każdym przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego;
 - w dniu podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

ART 5. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

- Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wskazana jest w Deklaracji ubezpieczeniowej.
- W przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia.

ART 6. SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

- W celu rozpatrzenia roszczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku niezbędne jest niezwłoczne przekazanie Ubezpieczycielowi przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:
 - odpowiedniego Orzeczenia w rozumieniu niniejszych SWUD;
 - dokumentu określającego przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - innych dokumentów wymaganych przez Ubezpieczyciela, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- Uprawnionym do otrzymania Świadczenia jest Ubezpieczony.
- Wypłata Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku realizowana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.



Szczególnie ważne jest być wiedział, w jakich przypadkach świadczenie z umowy ubezpieczenia nie może być wypłacone.

ART 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiło bezpośrednio w związku z:

- czynnym 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;
- usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.

ART 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się postanowienia SWU oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
- Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku o indeksie GR/L/SŻ/DISABACC/01/2019 wchodzi w życie z dniem 07 czerwca 2019 roku.

**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO na wypadek POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
o indeksie GR/L/SZ/CRITILL/01/2019**

do SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO "SPOKOJNE ŻYCIE" o indeksie GR/L/SZ/DEATHALL/01/2019

W tabeli zostały wskazane najważniejsze artykuły Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego, w których mowa o tym:

- kiedy należy się świadczenie,
- kiedy odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest ograniczona lub wyłączona.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 2 ust.2, art. 4, art. 5, art. 6 w związku z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 7 w związku z art. 1

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania (dalej zwane „Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego” lub „SWUD”) stanowią rozszerzenie zakresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego „SPOKOJNE ŻYCIE” o indeksie GR/L/SZ/DEATHALL/01/2019, zwanych dalej „SWUSWU”.

Warunki określone w SWUSWU mają zastosowanie do Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego, jeśli te nie stanowią inaczej.

ART 1. DEFINICJE

1. W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego wymienione poniżej pojęcia mają następujące znaczenie:
 - 1) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - w odniesieniu do wystąpienia **nowotworu złośliwego (raka), zawału serca, udaru mózgu lub niewydolności nerek** – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej Choroby z opisem Choroby wskazanym w niniejszych SWUD,
 - w odniesieniu do **operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – dzień przeprowadzenia zabiegu,
 - w odniesieniu do **przeszczepu narządów** – jeden z dwóch dni: dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania zabiegu przeszczepu;
 - 2) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
 - a) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z Ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są jednak:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - b) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i

znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są przypadki dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);

- c) **udar mózgu** – nagłe, w efekcie trwale uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - e) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
 - f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy. Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego nadaje się znaczenie przyjęte w SWU.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, które zaszło w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Z tytułu ryzyka Poważnego zachorowania Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca swego pobytu.



Pamiętaj, że trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.

ART 3. WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Ubezpieczenie dodatkowe może rozszerzać zakres Ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach Ubezpieczenia podstawowego.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest w tym samym czasie i trybie co Ubezpieczenie podstawowe.



Zwróć uwagę na karencję w rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej.

Pamiętaj, że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w każdym przypadku wygaśnięcia ochrony z tytułu ubezpieczenia podstawowego oraz w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia w ramach danego ryzyka.

ART 4. CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się 91 dnia po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie do dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej. Wyjątkowo jednak wygaśnie ona wcześniej w następujących przypadkach:
 - a) w każdym przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego;
 - b) w dniu podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania.

ART 5. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania wskazana jest w Deklaracji ubezpieczeniowej.
2. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia.

ART 6. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W celu rozpatrzenia roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania niezbędne jest niezwłoczne przekazanie Ubezpieczycielowi przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:
 - dokumentacji potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania;
 - dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia Ubezpieczonego;
 - innych dokumentów wymaganych przez Ubezpieczyciela, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
2. Uprawnionym do otrzymania Świadczenia jest Ubezpieczony.
3. Wypłata Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania realizowana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.



Szczególnie ważne jest być wiedział, w jakich przypadkach świadczenie z umowy ubezpieczenia nie może być wypłacone.

ART 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Poważnego Zachorowania nastąpiło bezpośrednio w związku z:

- a) czynnym udziałem Ubezpieczonego 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;
- b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- c) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

ART 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się postanowienia SWU oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania o indeksie GR/L/SŻ/CRITILL/01/2019 wchodzi w życie z dniem 07 czerwca 2019 roku.

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

na wypadek POBYTU W SZPITALU o indeksie GR/L/SŻ/HOSPIAL/01/2019

do SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO "SPOKOJNE ŻYCIE" o indeksie GR/L/SŻ/DEATHALL/01/2019

W tabeli zostały wskazane najważniejsze artykuły Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego, w których mowa o tym:

- kiedy należy się świadczenie,
- kiedy odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest ograniczona lub wyłączona.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 2 ust.2, art. 4, art. 5, art. 6 w związku z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 7 w związku z art. 1

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu (dalej zwane „Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego” lub „SWUD”) stanowią rozszerzenie zakresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego „SPOKOJNE ŻYCIE” o indeksie GR/L/SŻ/DEATHALL/01/2019, zwanych dalej „SWU”.

Warunki określone w SWU mają zastosowanie do Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego, jeśli te nie stanowią inaczej.

ART 1. DEFINICJE

1. W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego wymienione poniżej pojęcia mają następujące znaczenie:
 - 1) **Dzień zajścia Zdarzenia** – dzień przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) **Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
 - 3) **Szpital** – działający na terenie Unii Europejskiej, 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; Szpitalami nie są: domy opieki, ośrodki dla psychicznie chorych lub ośrodki leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicja, placówki, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitale rehabilitacyjne, szpitalne oddziały rehabilitacyjne, ośrodki rekonwalescencyjne, rehabilitacyjne, sanatoryjne, szpitale sanatoryjne, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodki wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.
 - 4) **Świadczenie miesięczne** - kwota wskazana w Deklaracji ubezpieczeniowej, wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w SWUD w przypadku zajścia Zdarzenia;
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego nadaje się znaczenie przyjęte w SWU.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego, który zaszedł w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Z tytułu ryzyka Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na terenie Unii Europejskiej.



Pamiętaj, że trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.

ART 3. WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Ubezpieczenie dodatkowe może rozszerzać zakres Ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach Ubezpieczenia podstawowego.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest w tym samym czasie i trybie co Ubezpieczenie podstawowe.



Zwróć uwagę na karencję w rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej.

Pamiętaj, że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w każdym przypadku wygaśnięcia ochrony z tytułu ubezpieczenia podstawowego oraz w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia w ramach danego ryzyka.

ART 4. CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - a) następnego dnia po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia – jeżeli Pobyt w Szpitalu związany był z leczeniem następstw Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) 31 dnia po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia - jeżeli Pobyt w Szpitalu związany był z leczeniem Choroby.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie do dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej. Wyjątkowo jednak wygaśnie ona wcześniej w następujących przypadkach:
 - a) w każdym przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego;
 - b) w dniu podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu.

ART 5. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu wskazana jest w Deklaracji ubezpieczeniowej.
2. W przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenia miesięczne, których wartość oraz maksymalna ilość w całym Okresie ubezpieczenia zostały określone w Deklaracji ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
4. W przypadku, gdy bezpośrednio po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci następne Świadczenia miesięczne bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.

ART 6. SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W celu rozpatrzenia roszczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu niezbędne jest niezwłoczne przekazanie Ubezpieczycielowi przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt w Szpitalu (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - jeżeli przyczyną Zdarzenia był Nieszczęśliwy wypadek - dokumentu opisującego okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
2. Uprawnionym do otrzymania Świadczenia jest Ubezpieczony.
3. Wypłata Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu realizowana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.



Szczególne ważne jest byś wiedział, w jakich przypadkach świadczenie z umowy ubezpieczenia nie może być wypłacone.

ART 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy Pobyt w Szpitalu nastąpił bezpośrednio w związku z:

- a) próbą samobójstwa
- b) czynnym udziałem Ubezpieczonego 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;
- c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- d) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- e) samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.

ART 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się postanowienia SWU oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu o indeksie GR/L/SŻ/DISABALL/01/2019 wchodzi w życie z dniem 07 czerwca 2019 roku.

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
na wypadek POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
o indeksie GR/L/SZ/HOSPIACC/01/2019

do SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO "SPOKOJNE ŻYCIE" o indeksie GR/L/SZ/DEATHALL/01/2019

W tabeli zostały wskazane najważniejsze artykuły Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego, w których mowa o tym:

- kiedy należy się świadczenie,
- kiedy odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest ograniczona lub wyłączona.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 2 ust.2, art. 4, art. 5, art. 6 w związku z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 7 w związku z art. 1

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (dalej zwane „Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego” lub „SWUD”) stanowią rozszerzenie zakresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego „SPOKOJNE ŻYCIE” o indeksie GR/L/SZ/DEATHALL/01/2019, zwanych dalej „SWU”.

Warunki określone w SWU mają zastosowanie do Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego, jeśli te nie stanowią inaczej.

ART 1. DEFINICJE

1. W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego wymienione poniżej pojęcia mają następujące znaczenie:
 - 1) **Dzień zajścia Zdarzenia** – dzień przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
 - 3) **Szpital** – działający na terenie Unii Europejskiej, 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; Szpitalami nie są: domy opieki, ośrodki dla psychicznie chorych lub ośrodki leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicja, placówki, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitale rehabilitacyjne, szpitalne oddziały rehabilitacyjne, ośrodki rekonwalescencyjne, rehabilitacyjne, sanatoryjne, szpitale sanatoryjne, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodki wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
 - 4) **Świadczenie miesięczne** – kwota wskazana w Deklaracji ubezpieczeniowej, wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w SWUD w przypadku zajścia Zdarzenia;
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego nadaje się znaczenie przyjęte w SWU.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który zaszedł w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Z tytułu ryzyka Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na terenie Unii Europejskiej.



Pamiętaj, że trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.

ART 3. WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Ubezpieczenie dodatkowe może rozszerzać zakres Ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach Ubezpieczenia podstawowego.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego możliwe jest w tym samym czasie i trybie co Ubezpieczenie podstawowe.



Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w każdym przypadku wygaśnięcia ochrony z tytułu ubezpieczenia podstawowego oraz w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia w ramach danego ryzyka.

ART 4. CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie do dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej. Wyjątkowo jednak wygaśnie ona wcześniej w następujących przypadkach:
 - a) w każdym przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego;
 - b) w dniu podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

ART 5. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wskazana jest w Deklaracji ubezpieczeniowej.
2. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenia miesięczne, których wartość oraz maksymalna ilość w całym Okresie ubezpieczenia zostały określone w Deklaracji ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
4. W przypadku, gdy bezpośrednio po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci następne Świadczenia miesięczne bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

ART 6. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W celu rozpatrzenia roszczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku niezbędne jest niezwłoczne przekazanie Ubezpieczycielowi przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - dokumentu opisującego okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku).
2. Uprawnionym do otrzymania Świadczenia jest Ubezpieczony.
3. Wypłata Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku realizowana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.



Szczególne ważne jest być wiedział, w jakich przypadkach świadczenie z umowy ubezpieczenia nie może być wypłacone.

ART 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpił bezpośrednio w związku z:

- a) czynnym udziałem Ubezpieczonego 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;
- b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- c) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- d) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.

ART 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się postanowienia SWU oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.

2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku o indeksie GR/L/SŻ/DISABACC/01/2019 wchodzi w życie z dniem 07 czerwca 2019 roku.



ZAPRASZAMY DO KONTAKTU



Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa



Telefon: +48 22 529 17 88 Fax: +48 22 529 01 01



Aby zgłosić roszczenie online wejdź na stronę: roszczenia.cardif.pl
lub napisz na adres: roszczenia@cardif.pl



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



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