



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

Ensuring your trust



Ogólne Warunki
Indywidualnego Terminowego
Ubezpieczenia na Życie
PROTEKTOR



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

| Ensuring your trust

Ogólne Warunki Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Protektor”

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „PROTEKTOR”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

1. Niniejsze Ogólne Warunki Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Protektor”, zwane dalej „OWU”, stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., zwane dalej Ubezpieczycielem.
2. Użyte w niniejszych OWU, wniosku ubezpieczeniowym, polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia określenia oznaczają:
 - 1) **centrum operacyjne** – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający świadczeń assistance, którego numer telefonu podany jest do wiadomości przez Ubezpieczyciela,
 - 2) **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - 3) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,
 - 4) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
 - 5) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub Współmałżonka lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka, które ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia,
 - 6) **inwalidztwo** – całkowita fizyczna utrata lub całkowite i trwale pozbawienie funkcji części ciała lub narządu, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku i powstałe w ciągu 180 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, określone w Tabeli Inwalidztwa, o której mowa w § 16 ust. 1 OWU,
 - 7) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego,
 - 8) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani od stanu zdrowia Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecka, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - 9) **nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** - nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, któremu uległ Ubezpieczony lub Współmałżonek jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, pod warunkiem, że zdarzenie to miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - 10) **opieka pielęgniarska** – opieka świadczona przez pielęgniarkę dyplomowaną, polegająca na wykonywaniu iniekcji, zmianie opatrunków, przygotowywaniu posiłków, pomocy w czynnościach dnia codziennego,
 - 11) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Współmałżonka, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki,
 - 12) **pakiet** – jeden z czterech pakietów ubezpieczeniowych, w ramach którego może być zawarta umowa ubezpieczenia, określający zakres ochrony ubezpieczeniowej,

- 13) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 14) **pobyt w szpitalu** – trwający nieprzerwanie, co najmniej 4 dni, całodobowy pobyt w szpitalu celem leczenia obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do szpitala,
- 15) **pojazd** – pojazd samochodowy, szynowy, motocykl, rower, wóz konny, ciągnik rolniczy, przyczepa dopuszczone do ruchu na podstawie przepisów o ruchu drogowym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub wymienione wyżej pojazdy zarejestrowane za granicą i dopuszczone do ruchu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 16) **polis** – wydany przez Ubezpieczyciela dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,
- 17) **rocznica polisy** – każda rocznica daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 18) **rok polisowy** – rok pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
- 19) **ruch lądowy** – zmiana miejsca w przestrzeni lądowej, obejmujący ruch drogowy i kolejowy, odbywający się we wszelkich miejscach, w których możliwy jest ruch pojazdów i pieszych, regulowany przez przepisy ruchu drogowego, z wyłączeniem miejsc, które nie są uznane za ogólnodostępne w szczególności prywatne podwórka i drogi,
- 20) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie,
- 21) **strony umowy ubezpieczenia** – łącznie Ubezpieczający i Ubezpieczyciel,
- 22) **suma ubezpieczenia** – suma pieniężna określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia,
- 23) **szpital** – działający zgodnie z prawem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych, ochrona zdrowia, zapewniający 24-godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów, prowadzący dla każdego pacjenta rejestr medyczny. W rozumieniu niniejszych warunków szpital nie oznacza: domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia nerwic i zaburzeń zachowania, domów opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodków lub oddziałów rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych nawet, jeśli stanowią organizacyjną część szpitala,
- 24) **świadczenia assistance medycznego** – świadczenia, o których mowa w § 18 OWU,
- 25) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony lub Współmałżonek w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, powodujące upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy,
- 26) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 27) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia,
- 28) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna wskazana imiennie w polisie jako Ubezpieczony, której życie i zdrowie podlega ochronie ubezpieczeniowej,
- 29) **Uposażony** – osoba lub osoby wskazane przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka, które są uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka,

- 30) **wariant** – jeden z trzech wariantów wysokości składki ubezpieczeniowej określany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 31) **wiek** – liczba ukończonych lat życia przez Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecko,
 - 32) **Współmałżonek** – osoba fizyczna, wskazana imiennie w polisie jako Współmałżonek Ubezpieczonego, której życie i zdrowie podlega ochronie ubezpieczeniowej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, objęta ubezpieczeniem w zakresie pakietów Protektor Partner lub Protektor Rodzina.
3. Niniejsze OWU stanowią samodzielną podstawę do zawierania przez Ubezpieczyciela umów ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2.

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w ramach jednego z następujących pakietów:
 - 1) Protektor,
 - 2) Protektor Partner,
 - 3) Protektor Dziecko,
 - 4) Protektor Rodzina.
2. W zależności od wyboru dokonanego przez Ubezpieczającego przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - 1) W pakiecie Protektor – życie i zdrowie Ubezpieczonego,
 - 2) W pakiecie Protektor Partner – życie i zdrowie Ubezpieczonego i Współmałżonka,
 - 3) W pakiecie Protektor Dziecko - życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz zdrowie Dzieci,
 - 4) W pakiecie Protektor Rodzina - życie i zdrowie Ubezpieczonego i Współmałżonka oraz zdrowie Dzieci.
3. Ubezpieczający dokonuje wyboru pakietu na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. W zależności od wyboru dokonanego przez Ubezpieczającego zakres ubezpieczenia obejmujące następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

Zdarzenie ubezpieczeniowe		Pakiet			
		Protektor	Protektor Partner	Protektor Dziecko	Protektor Rodzina
		Wysokości świadczeń (określone w % sumy ubezpieczenia, jeżeli nie zostało wskazane inaczej)			
1)	Zgon Ubezpieczonego	100%	100%	100%	100%
2)	Zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	100%	100%	100%	100%
3)	Zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	50%	50%	50%	50%
4)	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	300 zł za każdy 1% uszczerbku	300 zł za każdy 1% uszczerbku	300 zł za każdy 1% uszczerbku	300 zł za każdy 1% uszczerbku
5)	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	160 zł/dzień, od 4 dnia	160 zł/dzień, od 4 dnia	160 zł/dzień, od 4 dnia	160 zł/dzień, od 4 dnia
6)	Assistance medyczny dla Ubezpieczonego	Świadczenia assistance	Świadczenia assistance	Świadczenia assistance	Świadczenia assistance
7)	Zgon Współmałżonka	-	100%	-	100%

8)	Zgon Współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	-	100%	-	100%
9)	Zgonu Współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	-	50%	-	50%
10)	Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	-	300 zł za każdy 1% uszczerbku	-	300 zł za każdy 1% uszczerbku
11)	Leczenie Współmałżonka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	-	160 zł/dzień, od 4 dnia	-	160 zł/dzień, od 4 dnia
12)	Assistance medyczny dla Współmałżonka	-	Świadczenia assistance	-	Świadczenia assistance
13)	Inwalidztwo Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	-	-	100 zł za każdy 1% inwalidztwa	100 zł za każdy 1% inwalidztwa
14)	Leczenie Dziecka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.	-	-	160 zł/dzień, od 4 dnia	160 zł/dzień, od 4 dnia
15)	Assistance medyczny dla Dziecka	-	-	Świadczenia assistance	Świadczenia assistance

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3.

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku polisowego (okres ubezpieczenia) i ulega przedłużeniu na następny rok polisowy, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na 30 dni przed upływem rocznicy polisy, pisemnego, pod rygorem nieważności, oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 1 pkt 3.
- Zawarcie umowy następuje na wniosek Ubezpieczającego złożony na sporządzonym przez Ubezpieczyciela formularzu wraz z potwierdzeniem płatności pierwszej składki w wysokości ustalonej przez Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczyciel może domagać się dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 2 dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego i Współmałżonka na badania lekarskie.
- Koszty badań, o których mowa w ust. 4 ponosi Ubezpieczyciel.
- Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku albo do sporządzenia nowego wniosku w dodatkowym terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela.
- Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzone zostaje przez Ubezpieczyciela polisą.
- Jeżeli polisa zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku lub Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel powiadomi Ubezpieczającego o zmianach na piśmie przy doręczeniu polisy (kontroferta), wyznaczając Ubezpieczającemu siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu licząc od dnia doręczenia polisy. W tym samym terminie Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu różnice między postanowieniami Umowy a Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.
- Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia określony jest w polisie, z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się zgodnie z § 4.

10. Umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli w dniu złożenia wniosku Ubezpieczony ukończył 18 rok życia i nie ukończył 65 roku życia.
11. Umowa ubezpieczenia w pakiecie Protektor Partner może być zawarta, jeżeli w dniu złożenia wniosku Ubezpieczony i Współmałżonek ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 65 roku życia.
12. Umowa ubezpieczenia w pakiecie Protektor Dziecko może być zawarta, jeżeli spełniony został warunek, o którym mowa w ust. 10 oraz jeżeli w chwili złożenia wniosku, co najmniej jedno Dziecko ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia.
13. Umowa ubezpieczenia w pakiecie Protektor Rodzina może być zawarta, jeżeli spełniony został warunek, o którym mowa w ust. 11 oraz jeżeli w chwili złożenia wniosku, co najmniej jedno Dziecko ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia.
14. Każde Dziecko Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jeżeli dziecko nie jest jednocześnie dzieckiem Ubezpieczonego, narodzone po dacie początku obowiązywania pakietu Protektor Dziecko lub Protektor Rodzina, zostaje objęte ochroną ubezpieczeniową po dniu ukończenia przez nie 1 roku.
15. Ubezpieczający może dokonywać zmian pakietów w każdą rocznicę obowiązywania umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem, iż spełnione są warunki, o których mowa w ustępach powyższych.
16. Zmiana pakietów, o której mowa w ust. 15 dokonywana jest na wniosek Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela doręczonym Ubezpieczycielowi na co najmniej 65 dni przed rocznicą polisy, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez Ubezpieczyciela.
17. Do dnia rocznicy polisy, w którą następuje zmiana pakietu, obowiązują wszelkie postanowienia dotyczące dotychczasowego pakietu.
18. W przypadku śmierci Współmałżonka, uznania Współmałżonka za zmarłego na mocy prawomocnego orzeczenia sądu, rozwodu lub unieważnienia małżeństwa zmiana pakietu następuje automatycznie począwszy od pierwszego dnia okresu, w którym wymagana jest kolejna płatność składki (kolejnego kwartału), pod warunkiem pisemnego poinformowania o tym fakcie Ubezpieczyciela.
19. W przypadku ukończenia przez Współmałżonka 65 roku życia, zmiana pakietu następuje automatycznie od najbliższej rocznicy.
20. W sytuacji opisanej w ust. 18 i 19 w zależności od tego, który pakiet dotychczas obowiązywał umowa ubezpieczenia będzie kontynuowana w pakiecie Protektor – jeżeli wcześniej obowiązywał pakiet Protektor Małżonek, lub Protektor Dziecko – jeżeli wcześniej obowiązywał pakiet Protektor Rodzina, chyba, że Ubezpieczający zdecyduje inaczej.
21. W razie objęcia ochroną Współmałżonka lub Dzieci, Ubezpieczający ma obowiązek powiadomić na piśmie Ubezpieczyciela o zmianach w sytuacji rodzinnej Ubezpieczonego, takich jak: śmierć Współmałżonka, uznanie Współmałżonka za zmarłego na mocy prawomocnego orzeczenia sądu, rozwód lub unieważnienia małżeństwa, śmierć ostatniego Dziecka oraz osiągnięcie pełnoletności przez najmłodsze Dziecko.
22. W przypadku śmierci ostatniego Dziecka lub osiągnięcia pełnoletności przez najmłodsze Dziecko, ochrona będzie kontynuowana w pakiecie Protektor – jeżeli wcześniej obowiązywał pakiet Protektor Dziecko lub Protektor Partner, jeżeli wcześniej obowiązywał pakiet Protektor Rodzina.

ROZPOCZĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4.

Ochrona z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia następującego po zaplaceniu składki.

OCHRONA TYMCZASOWA

§ 5.

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony tymczasowej z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku od dnia następnego po dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego oraz zapłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej na ręce upoważnionego przez Ubezpieczyciela przedstawiciela.
2. Ochrona tymczasowa trwa nie dłużej niż przez 60 dni i obowiązuje do dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub do momentu podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o odmowie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Do ochrony tymczasowej zastosowanie mają odpowiednie postanowienia OWU dotyczące zdarzenia zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. W razie zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w kwocie równej sumie ubezpieczenia określonej we wniosku ubezpieczeniowym.
5. W okresie trwania ochrony tymczasowej, wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego, powstałego na skutek innej przyczyny, niż nieszczęśliwy wypadek.
6. Pierwsza składka ubezpieczeniowa, o której mowa w ust. 1 jest zaliczana na poczet pierwszej składki wymagalnej w razie zawarcia umowy ubezpieczenia.

ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 6.

1. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego następuje w dniu odstąpienia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia.
2. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej wobec Współmałżonka następuje w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż z dniem jego zgonu lub ostatnim dniem roku polisowego, w którym Współmałżonek ukończył 65 rok życia. Umowa ubezpieczenia może być kontynuowana w Pakiecie Protektor bądź Protektor Dziecko.
3. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej wobec Dziecka następuje w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż z dniem jego zgonu lub ostatnim dniem roku polisowego, w którym ukończyło 18 rok życia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7.

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w związku z:
 - 1) odstąpieniem Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 2) wypowiedzeniem przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia,
 - 3) ukończeniem przez Ubezpieczonego 65 roku życia - z ostatnim dniem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia,
 - 4) zgonem Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego – z dniem zgonu,
 - 5) niezapłaceniem składki przez Ubezpieczającego na zasadach określonych w § 12,
 - 6) złożeniem przez jedną ze stron oświadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1, z zachowaniem wskazanego terminu.
2. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 8.

1. Ubezpieczający będący osobą fizyczną może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni licząc od dnia

doręczenia mu umowy ubezpieczenia.

2. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień doręczenia Ubezpieczycielowi oświadczenia na piśmie o odstąpieniu od umowy.

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 9.

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

ZWROT SKŁADKI

§ 10.

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11.

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia wyrażona jest kwotowo, osobno dla Ubezpieczonego i Współmałżonka.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalona jest w umowie ubezpieczenia i podlega zmianom w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy zgodnie z aktualnym wiekiem Ubezpieczonego i Współmałżonka, z zastrzeżeniem § 3 ust. 15 i § 12 ust. 6.
4. Ubezpieczyciel na 60 dni przed każdą rocznicą polisy poinformuje w formie pisemnej Ubezpieczającego o wysokości sum ubezpieczenia obowiązujących w kolejnym roku polisowym, z zastrzeżeniem, że jeśli w dniu najbliższej rocznicy Ubezpieczony będzie miał ukończone 65 lat, Ubezpieczyciel nie wysyła informacji, o której mowa w niniejszym ustępie.
5. W przypadku, gdy w terminie 30 dni do najbliższej rocznicy umowy ubezpieczenia Ubezpieczający złoży Ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przyjęcia nowych warunków, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem roku polisowego.
6. W przypadku braku złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 5 uznaje się, że Ubezpieczający zaakceptował nowe warunki umowy ubezpieczenia i zostaje ona przedłużona na kolejny roczny okres obowiązywania.

SKŁADKA

§ 12.

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składki w terminach i w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Pierwszą składkę Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą kolejną składkę Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić najpóźniej do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
3. Składka jest opłacana w trybie kwartalnym.
4. Wysokość składki z tytułu umowy ubezpieczenia podana jest w umowie ubezpieczenia w zależności od wyboru przez Ubezpieczającego pakietu oraz wariantu dokonanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Wysokość składki pozostaje niezmienną przez cały okres obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.

6. Ubezpieczający w każdą rocznicę umowy ubezpieczenia może dokonać zmiany wskazania wysokości składki. Wraz ze zmianą wysokości składki odpowiedniej zmianie ulega również wysokość sumy ubezpieczenia.
7. Zmiana, o której mowa w ust. 6 dokonywana jest na wniosek Ubezpieczającego doręczony Ubezpieczycielowi najpóźniej na 65 dni przed rocznicą umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez Ubezpieczyciela.
8. W przypadku, gdy na skutek zmiany wysokości składki podwyższeniu ulega suma ubezpieczenia (w stosunku do sumy, która obowiązywałaby w kolejnym roku polisowym), Ubezpieczyciel może domagać się dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 7 dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i/lub skierować Ubezpieczonego i Współmałżonka na badania lekarskie.
9. Koszty badań, o których mowa w ust. 8 ponosi Ubezpieczyciel.
10. Składki Ubezpieczający wpłaca na rachunek bankowy Ubezpieczyciela. Zapłata następuje z chwilą uznania rachunku Ubezpieczyciela.
11. W przypadku zaległości w opłacaniu składek, Ubezpieczyciel w formie pisemnej wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości w terminie 60 dni od daty powstania zaległości z zastrzeżeniem, że niezapłacenie zaległej składki we wskazanym terminie skutkować będzie rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wraz z bezskutecznym upływem tego terminu.

UPOSAŻONY

§ 13.

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka wypłacane jest Uposażonym.
2. Ubezpieczony i Współmałżonek mogą wskazać Uposażonych w formie pisemnej pod rygorem nieważności, zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
3. Ubezpieczony i Współmałżonek mogą w każdej chwili dokonać zmiany Uposażonych.
4. Wskazanie i zmiana Uposażonych są przekazywane Ubezpieczycielowi w formie pisemnej pod rygorem nieważności i są skuteczne z chwilą otrzymania ich przez Ubezpieczyciela.
5. Jeżeli Ubezpieczony lub Współmałżonek nie wskazał Uposażonych lub, gdy żaden z Uposażonych w dniu zgonu Ubezpieczonego lub Współmałżonka nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są członkowie rodziny Ubezpieczonego lub Współmałżonka według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeśli brak współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - 4) w równych częściach rodzeństwo, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - 5) inni spadkobiercy Ubezpieczonego lub Współmałżonka, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
6. Śmierć jednej lub wielu osób z danej grupy skutkuje proporcjonalnym zaliczeniem udziału zmarłego (zmarłych) na rzecz pozostałej żyjącej osoby lub osób z danej grupy.
7. W przypadku, gdy zgon Ubezpieczonego lub Współmałżonka nastąpił na skutek umyślnego czynu Uposażonego, Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia temu Uposażonemu. W takim przypadku prawo do świadczenia przechodzi na inne osoby w proporcji i na zasadach określonych we wskazaniu Uposażonego, z uwzględnieniem ust. 3 i 5.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁMAŁŻONKA

§ 14.

1. Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu świadczenie w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
 - 1) zgon,
 - 2) zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, w zależności od obowiązującego w umowie ubezpieczenia pakietu.
2. Z tytułu zgonu Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
3. Z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu.
4. Z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu i zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
5. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia na formularzu sporządzonym przez Ubezpieczyciela, do którego należy dołączyć wszystkie dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczeń, do których w szczególności należą:
 - 1) w przypadku **zgonu**:
 - a) odpis lub poświadczona notarialnie kopia aktu zgonu lub skróconego aktu zgonu lub postanowienia sądu o uznaniu Ubezpieczonego, czy Współmałżonka za zmarłego lub postanowienia sądu stwierdzającego zgon,
 - b) dokument stwierdzający przyczynę zgonu,
 - c) dokumenty poświadczające tożsamość Uposażonych,
 - d) pisemne wskazanie przez Uposażonych sposobu spełnienia świadczenia (np.: przelew),
 - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela.
 - 2) w przypadku **zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** dokumenty, o których mowa w pkt 1 oraz dodatkowo: kopia dokumentu potwierdzającego wystąpienie nieszczęśliwego wypadku np.: raportu policyjnego, decyzji prokuratury potwierdzającej umorzenie śledztwa lub opisu bądź protokołu z wypadku zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia,
 - 3) w przypadku **zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego** dokumenty, o których mowa w pkt 1 i 2 oraz dodatkowo:
 - a) dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego,
 - b) dokument potwierdzający uprawnienia do kierowania pojazdem (np. prawo jazdy), w przypadku, gdy Ubezpieczony lub Współmałżonek był kierującym pojazdem.
6. Prawo do świadczenia z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przysługuje, jeżeli zgon nastąpił w ciągu 180 dni od daty wystąpienia zdarzenia będącego przyczyną zgonu.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁMAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 15.

1. Z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego lub Współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 300 zł za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego lub Współmałżonka.

2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest:
 - 1) Ubezpieczony - w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego,
 - 2) Współmałżonek – w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka.
w zależności od obowiązującego w umowie ubezpieczenia pakietu.
3. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia na formularzu sporządzonym przez Ubezpieczyciela, do którego należy dołączyć wszystkie dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczeń, do których w szczególności należą:
 - 1) dokumenty poświadczające tożsamość Ubezpieczonego lub Współmałżonka,
 - 2) dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku np. raport policyjny, decyzja prokuratury o umorzeniu śledztwa,
 - 3) dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji,
 - 4) zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - 5) pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (np.: przelew),
 - 6) skrócony odpis aktu małżeństwa, wydany przez właściwy Urząd Stanu Cywilnego, najpóźniej na 2 miesiące przed dniem zgłoszenia roszczenia, jeżeli zdarzenie dotyczy Współmałżonka,
 - 7) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez komisję lekarską, wyznaczoną przez Ubezpieczyciela, po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji.
5. Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej uszkodzone, procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
6. W celu ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego lub Współmałżonka, Ubezpieczyciel ma prawo skierować Ubezpieczonego lub Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie.
7. Koszt badań, o których mowa w ust. 6 ponosi Ubezpieczyciel.
8. Jeżeli po ustaleniu wysokości powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego lub Współmałżonka i spełnieniu świadczenia nastąpi pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Współmałżonka, Ubezpieczyciel ponownie ustali wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia, z zastrzeżeniem, że pogorszenie stanu zdrowia nie może nastąpić później niż w ciągu 2 lat od wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela.
9. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu wystąpił nie później niż w okresie 180 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
10. Jeżeli Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie w ciągu 180 dni od daty wypłaty świadczenia nastąpi zgon Ubezpieczonego lub Współmałżonka, mający bezpośredni związek z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub Współmałżonka, do którego wypłaty zobowiązany jest Ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
11. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w odniesieniu do Ubezpieczonego lub Współmałżonka wygasa z dniem ustalenia przez Ubezpieczyciela 100% trwałego uszczerbku odpowiednio wobec danego Ubezpieczonego lub Współmałżonka.

**ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU INWALIDZTWA DZIECKA
W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

§ 16.

1. W przypadku inwalidztwa Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie zgodnie z poniższą tabelą:

Rodzaj Inwalidztwa	Procent Inwalidztwa
Utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Porażenie czterokończynowe	100%
Utrata mowy	100%
Utrata obu kończyn dolnych lub obu podudzi	100%
Utrata obu kończyn górnych lub obu przedramion	100%
Utrata ramienia	75%
Utrata przedramienia	70%
Utrata kończyny dolnej powyżej kolana	70%
Utrata kończyny dolnej poniżej kolana	60%
Utrata wzroku w jednym oku	50%
Utrata dłoni	50%
Utrata stopy	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	30%
Utrata kciuka	15%
Utrata dużego palca u stopy	10%
Utrata każdego z palców dłoni (oprócz kciuka)	5%
Utrata każdego z palców u stopy (oprócz palucha)	4%

2. Z tytułu inwalidztwa Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 100 zł za każdy 1% inwalidztwa zgodnie z tabelą zamieszczoną w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem jednego Dziecka wygasa z dniem ustalenia wobec danego Dziecka 100% inwalidztwa.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu inwalidztwa Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa z dniem ustalenia 200% inwalidztwa wobec wszystkich Dzieci objętych ochroną ubezpieczeniową.
5. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczony.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia na formularzu sporządzonym przez Ubezpieczyciela, do którego należy dołączyć wszystkie dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczeń, do których w szczególności należą:
- 1) dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny, decyzja prokuratury o umorzeniu śledztwa),

- 2) dokumenty poświadczające tożsamość Ubezpieczonego,
 - 3) dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji,
 - 4) akt urodzenia Dziecka, odpis lub notarialnie poświadczona kopia,
 - 5) zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - 6) pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (np.: przelew).
7. W przypadku inwalidztwa Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, rodzaj i procent inwalidztwa ustalane są po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji Dziecka na podstawie dokumentacji medycznej.
 8. W celu ustalenia stopnia inwalidztwa Dziecka, Ubezpieczyciel ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie.
 9. Koszt badań, o których mowa w ust. 8 ponosi Ubezpieczyciel.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU LECZENIA UBEZPIECZONEGO, WSPÓŁMAŁŻONKA LUB DZIECKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 17.

1. W przypadku Leczenia w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 160 zł za każdy dzień pobytu, począwszy od 4 dnia pobytu.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest:
 - 1) Ubezpieczony - w przypadku pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka,
 - 2) Współmałżonek – w przypadku pobytu Współmałżonka, w zależności od obowiązującego w umowie ubezpieczenia pakietu.
3. Świadczenie, w okresie ubezpieczenia, przysługuje maksymalnie za okres do 180 dni pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku Dzieci świadczenie przysługuje maksymalnie za okres 180 dni pobytu jednego Dziecka oraz 360 dni pobytu wszystkich Dzieci objętych ochroną ubezpieczeniową.
5. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu w szpitalu, z tym, że na pisemny wniosek uprawnionego, w okresie pobytu w szpitalu, może nastąpić częściowa wypłata świadczenia po każdym 30-dniowym okresie pobytu w szpitalu. Warunkiem wypłaty części świadczenia jest dostarczenie Ubezpieczycielowi dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia na formularzu sporządzonym przez Ubezpieczyciela, do którego należy dołączyć wszystkie dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczeń, do których w szczególności należą:
 - 1) dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - 2) dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny, decyzja prokuratury o umorzeniu śledztwa),
 - 3) dokumenty poświadczające tożsamość Uprawnionego,
 - 4) pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (np. przelew),
 - 5) skrócony odpis aktu małżeństwa, wydany przez właściwy Urząd Stanu Cywilnego, najpóźniej na 2 miesiące przed dniem zgłoszenia roszczenia, jeżeli zdarzenie dotyczy Współmałżonka lub Dziecka Współmałżonka,
 - 6) akt urodzenia Dziecka, jeżeli zdarzenie dotyczy Dziecka,
 - 7) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia.

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE MEDYCZNEGO

§ 18.

1. Uprawnionym do korzystania ze świadczeń assistance medycznego jest:
 - 1) Ubezpieczony,
 - 2) Współmałżonek,
 - 3) Dziecko,w zależności od obowiązującego w umowie ubezpieczenia pakietu.
2. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielanych świadczeń assistance medycznego zdefiniowanych w ust 4.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy, w razie wystąpienia choroby,
 - 2) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy, w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych Uprawnionego, takich jak:
 - a) zgon dziecka lub urodzenie martwego dziecka,
 - b) zgon współmałżonka,
 - c) choroba,
 - d) zgon Ubezpieczonego lub Współmałżonka – świadczenie na rzecz Dzieci.
 - 4) usługi medyczne polegające na dostępie do infolinii medycznej świadczącej zdrowotne usługi informacyjne.
4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 1) i 2) Ubezpieczyciel gwarantuje, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) **wizyta lekarska** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Uprawnionego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 600 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) **wizyta pielęgniarki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Uprawnionego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 600 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) **pomoc domowa** – zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej minimum 3 dni. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) **całodobowa opieka pielęgniarki w szpitalu** – zorganizowanie i pokrycie kosztów całodobowej opieki pielęgniarki w szpitalu w przypadku, gdy stan zdrowia Uprawnionego wymaga całodobowego nadzoru pielęgniarki. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 600 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) **dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza** – jeżeli Uprawniony, w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego przebywa na zwolnieniu lekarskim wymagającym leżenia. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) **opieka nad dziećmi** – jeżeli Uprawniony, w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi Uprawnionego w miejscu zamieszkania Uprawnionego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Usługa jest realizowana na wniosek Uprawnionego i za jego pisemną zgodą;

- 7) **opieka nad osobami niesamodzielnymi** – jeżeli Uprawniony, w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Uprawnionego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Usługa jest realizowana na wniosek Uprawnionego i za jego pisemną zgodą;
5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 2) Ubezpieczyciel gwarantuje, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) **transport medyczny z miejsca wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego do odpowiedniej placówki medycznej** wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Uprawnionego w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 2000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Uprawniony, przebywał w placówce medycznej. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 2000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) **transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej** w przypadku gdy placówka, w której przebywa Uprawniony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; gdy Uprawniony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 2000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) **organizację procesu rehabilitacyjnego** - jeżeli Uprawniony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Ubezpieczyciel zapewnia:
 - a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizjoterapeuty w domu Uprawnionego do łącznej kwoty 600 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, lub
 - b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 600 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) **organizację wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** - jeżeli Uprawniony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego. Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) **organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego** do miejsca pobytu Uprawnionego do łącznej kwoty 200 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 3) Ubezpieczyciel gwarantuje **pomoc psychologa**. Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu 1000 złotych w odniesieniu do jednej sytuacji losowej. Ubezpieczyciel na prośbę Uprawnionego zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.

7. W trakcie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela limity na usługi, o których mowa w ust. 4, 5 i 6 mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
8. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wyżej wymienionych usług decyduje lekarz uprawniony.
9. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 4) Ubezpieczyciel gwarantuje:
 - 1) informacje o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia,
 - 2) informacje o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.,
 - 3) informacje o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - 4) informacje o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych,
 - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu,
 - 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania.
10. Informacje, o których mowa w ust. 9, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza centrum operacyjnego lub Ubezpieczyciela.
11. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Uprawnionego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do świadczeń assistance. Uprawniony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę pod wskazanym w Polisie numerem telefonu.
12. Uprawniony kontaktując się z centrum operacyjnym, powinien podać następujące informacje:
 - 1) numer PESEL lub datę urodzenia,
 - 2) imię i nazwisko,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy,
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
13. Uprawniony zobowiązany jest do dostarczenia na wniosek centrum operacyjnego wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
14. W przypadku, gdy Uprawniony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach powyższych, Ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
15. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego Uprawniony nie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sam poniósł koszty świadczeń assistance, Ubezpieczyciel może zwrócić Uprawnionemu, w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do świadczeń assistance i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniósłby w przypadku organizowania świadczeń assistance we własnym zakresie.

ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 19.

1. Świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem świadczeń assistance medycznego, wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia na formularzu sporządzonym przez Ubezpieczyciela, do którego należy dołączyć wszystkie dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia, Ubezpieczyciel, w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania informuje o tym Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Ubezpieczającego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. W ciągu 30 dni od otrzymania zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w sposób wskazany przez osobę uprawnioną do jego otrzymania.
4. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia, Ubezpieczyciel w formie pisemnej powiadomi o tym fakcie osoby uprawnione w ciągu 30 dni od otrzymania zgłoszenia roszczenia, wskazując na okoliczność oraz na podstawę prawną odmowy wypłaty świadczenia oraz informując jednocześnie o przysługujących środkach odwoławczych.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Współmałżonka zwalnia Ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 20.

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu **zgonu**, gdy zgon nastąpił w wyniku:
 - 1) udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
 - 3) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu pierwszych dwóch lat od objęcia ochroną ubezpieczeniową lub próby samobójstwa,
 - 4) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu **zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku**, gdy zgon nastąpił w wyniku:
 - 1) udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) próby samobójstwa,

- 3) usiłowania lub popełnienia przestępstwa lub wykroczenia,
 - 4) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 5) uprawiania niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 6) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
 - 7) udziału w wyścigach samochodowych i motorowych,
 - 8) przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu **zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**, gdy zgon nastąpił w wyniku:
- 1) udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) próby samobójstwa,
 - 3) usiłowania lub popełnienia przestępstwa lub wykroczenia,
 - 4) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 5) udziału w wyścigach samochodowych i motorowych,
 - 6) prowadzenia pojazdu lądowego, bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu.
4. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku**, gdy uszczerbek nastąpił w wyniku:
- 1) udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przestępstwa lub wykroczenia,
 - 3) próby samobójstwa,
 - 4) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 5) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba że praktyki te były wykonane w sytuacji zagrożenia życia, w celu jego ratowania,
 - 6) poddania się plastycznemu lub kosmetycznemu,
 - 7) uprawiania niebezpiecznych sportów do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 8) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
 - 9) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.
5. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu **leczenia w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku**, jeżeli leczenie to było następstwem:

- 1) udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przestępstwa lub wykroczenia,
 - 3) próby samobójstwa,
 - 4) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 5) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba że praktyki te były wykonane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego, w celu jego ratowania,
 - 6) zastosowania niestandardowych praktyk medycznych,
 - 7) uprawiania niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 8) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
 - 9) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - 10) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu **leczenia w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** nie zostanie wypłacone, jeżeli leczenie to związane było z:
- 1) poddaniem się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) wykonaniem rutynowych badań lub badań profilaktycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu **inwalidztwa Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku**, jeżeli inwalidztwo nastąpiło w wyniku:
- 1) udziału Dziecka w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Dziecko przestępstwa lub wykroczenia,
 - 3) próby samobójstwa,
 - 4) pozostawania Dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 5) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba że praktyki te były wykonane w sytuacji zagrożenia życia Dziecka, w celu jego ratowania,
 - 6) prowadzenia przez Dziecko pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
 - 7) uprawiania przez Dziecko niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 8) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Dziecka, niezależnie od stanu jego poczytalności.
8. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu organizacji i pokrycia **świadczeń assistance medycznego** nie obejmuje:

- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 2) kosztów poniesionych przez Uprawnionego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności Ubezpieczyciela z zastrzeżeniem § 18 ust. 15,
- 3) kosztów zakupu leków,
- 4) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - b) pozostawania pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających,
 - c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
 - e) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - f) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
 - g) chorób przewlekłych.
- 5) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 21.

1. Ubezpieczyciel zobowiązuje się:
 - 1) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - 2) pisemnie informować Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, w przypadku gdy wysokość świadczeń będzie ulegać zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - 3) na każde żądanie Ubezpieczonego przekazywać informacje określone w pkt. 1 i 2 powyżej.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi lub przedstawicielowi ustawowemu Dziecka lub innemu prawnemu opiekunowi Dziecka, informacji, o których mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczający zobowiązuje się do poinformowania Ubezpieczyciela o każdorazowej zmianie adresu Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Współmałżonka terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia wystąpienia przedmiotowej zmiany.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 22.

1. Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia w związku z umową ubezpieczenia wymagają formy pisemnej dla wywarcia skutków w nich przewidzianych.
2. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski, z zastrzeżeniem ust. 3, adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane na adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
Skrytka pocztowa 272
85-950 Bydgoszcz 1

3. Wnioski o wypłatę świadczenia powinny być kierowane do siedziby Ubezpieczyciela na adres:
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
pl. Piłsudskiego 2
00-073 Warszawa

§ 23.

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom Ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).
3. Wszelkie skargi i zażalenia Ubezpieczający lub Ubezpieczony winien kierować w formie pisemnej do Zarządu Ubezpieczyciela.
4. Skargi i zażalenia będą rozpatrywane w terminie 14 dni od dnia ich doręczenia do Ubezpieczyciela. Jeżeli ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia skargi lub zażalenia okazałoby się niemożliwe, skarga lub zażalenie zostanie rozpatrzone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Skargi lub zażalenia mogą być również kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 24.

1. Ubezpieczyciel zapewnia ochronę danych osobowych dotyczących osób ubezpieczonych oraz osób wymienionych w innych dokumentach ubezpieczeniowych, uzyskanych w związku z umową ubezpieczenia, zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku.
2. Dane osób ubezpieczonych lub uprawnionych do otrzymania świadczenia mogą być przetwarzane przez Ubezpieczyciela, w celu wykonywania umowy ubezpieczenia, bez powiadamiania tych osób.

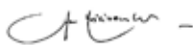
§ 25.

Sprawy sporne wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Współmałżonka, Uposażonego lub innego Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 26.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z dnia 16 sierpnia 2011 roku i wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2011 roku.

Prezes Zarządu



Jan Emeryk Rościszewski

Członek Zarządu



Leszek Skop



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

| Ensuring your trust



Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.

INFOLINIA 801 801 111

www.cardif.pl
e-mail: cardif@cardif.pl