



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

Ensuring your trust



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Terminowego Pocztylion Życie



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

| Ensuring your trust

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA TERMINOWEGO POCZTYLION ŻYCIE

z dnia 9 listopada 2010 roku,
wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku

SPIS TREŚCI

| | |
|---|----|
| DEFINICJE | 4 |
| PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA..... | 5 |
| ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO | 6 |
| ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU | 6 |
| ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEGO I CZĘŚCIOWEGO ORAZ TRWAŁEGO I CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU..... | 7 |
| ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY | 8 |
| ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO..... | 8 |
| ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU | 10 |
| ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE – OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA, POSTĘPOWANIE W SPRAWACH ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH | 10 |
| ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA | 12 |
| OCHRONA TYMCZASOWA..... | 13 |
| OBOWIAZKI UBEZPIECZAJĄCEGO | 13 |
| OBOWIAZKI UBEZPIECZYCIELA | 13 |
| ODSTĄPIENIE OD UMOWY, ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA..... | 14 |
| SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA..... | 14 |
| POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZALEGŁOŚCI W OPŁACANIU SKŁADEK | 15 |
| POSTANOWIENIA KOŃCOWE | 15 |
| ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU | 16 |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA TERMINOWEGO POCZTYLION ŻYCIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE CARDIF POLSKA S.A.

z dnia 9 listopada 2010 roku, wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Terminowego Pocztylion Życie, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., zobowiązuje się wypłacić Ubezpieczonemu, lub Uposażonemu, świadczenie ubezpieczeniowe w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w Umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, że informacje podane Ubezpieczycielowi przed zawarciem Umowy ubezpieczenia były zgodne z prawdą, za co Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składki ubezpieczeniowej w terminach określonych w umowie.

DEFINICJE

§ 1.

W ogólnych warunkach ubezpieczenia, Polisach, załącznikach, aneksach oraz wszelkich innych dokumentach składających się na treść umowy ubezpieczenia, a wystawionych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Ubezpieczyciel”** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.,
- 2) **„Ubezpieczający”** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła Umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem i która zobowiązuje się do opłacania Składki Ubezpieczeniowej,
- 3) **„Ubezpieczony”** – osoba fizyczna, której życie lub zdrowie podlega ochronie ubezpieczeniowej,
- 4) **„Uposażony”** – osoba lub osoby wskazane przez Ubezpieczonego, które są uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
- 5) **„Umowa ubezpieczenia”** lub **„Umowa”** – Umowa zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Terminowego Pocztylion Życie („OWU”),
- 6) **„Ryzyka dodatkowe”** lub **„Opcje ubezpieczeniowe”** – ryzyka ubezpieczeniowe zapewniające na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dodatkowe poza świadczeniem z tytułu śmierci – świadczenia ubezpieczeniowe,
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek (NW)”** – oznacza zdarzenie powstałe niezależnie od jakiegokolwiek fizycznego i psychicznego schorzenia, wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego. Skutkiem tego zdarzenia może być trwałe i częściowe lub trwałe i całkowite inwalidztwo, leczenie szpitalne oraz śmierć,
- 8) **„Polisa”** – wydany przez Ubezpieczyciela dokument stwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia,
- 9) **„Rocznica Polisy”** – dzień, w którym upłynął rok, bądź lata kolejno po nim następujące, od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
- 10) **„Suma Ubezpieczenia”** – kwota wymieniona w Polisie lub innym dokumencie wystawionym przez Ubezpieczyciela, wypłacana Uposażonemu w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub wypłacana Ubezpieczonemu w przypadku nabycia przez niego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub trwałego i całkowitego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, poważnego zachorowania, o ile Umowa ubezpieczenia zapewnia powyższe dodatkowe świadczenia,
- 11) **„Składka Ubezpieczeniowa”** - składka opłacana w terminach określonych w Polisie, w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia,
- 12) **„Szpital”** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów

chirurgicznych, ochrona zdrowia, zatrudniająca 24-godzinną kwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, utrzymujący stałe miejsce szpitalne dla pacjentów, prowadzący dla każdego pacjenta rejestr medyczny (dostępny dla Ubezpieczyciela); w rozumieniu niniejszych warunków szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych, nawet jeżeli stanowią organizacyjną część szpitala,

- 13) „**Pobyt w Szpitalu**” – stały pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w celu leczenia przez okres minimum jednego dnia, liczony jako różnica między datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala,
- 14) „**Dzienny ryczałt za pobyt w Szpitalu**” – oznacza stawkę wymienioną w Polisie wypłacaną Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu w Szpitalu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2.

- 2.1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Ubezpieczonego w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o ryzyka, o których mowa w ust. 2.2 lub 2.3 przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie Ubezpieczonego.
- 2.2. Jeżeli Umowa tak stanowi, zakres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.2.2, może objąć następujące Ryzyka dodatkowe (Opcje ubezpieczeniowe):
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (SNW),
 - 2) trwałe i częściowe oraz trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (NW),
 - 3) trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego (NP),
 - 4) poważne zachorowanie Ubezpieczonego (PZ),
 - 5) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku (LS).
- 2.2.1. W ramach Umowy możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2.1 i 2.2 o dodatkowe ryzyka poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, ust. 2.2.2.
- 2.2.2. Ubezpieczony, w ramach jednej umowy ubezpieczenia, nie może być objęty w tym samym czasie ochroną z tytułu trwałego i częściowego oraz trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (NW) oraz Wystąpienia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Następcie Nieszczęśliwego Wypadku.
- 2.2.3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z upływem Roczniczy Polisy, przed którą Ubezpieczony skończy 65 rok życia.
- 2.3. W momencie składania wniosku ubezpieczeniowego, na blankiecie wniosku Ubezpieczyciela, a w trakcie trwania Umowy – w formie pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego złożonego co najmniej 60 dni przed Roczniczą Polisy - Ubezpieczony ma prawo uzyskać ochronę z tytułu wybranych przez siebie Opcji ubezpieczeniowych. W trakcie trwania Umowy ubezpieczenia – w formie pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego złożonego na co najmniej 60 dni przed rocznicą Polisy – Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z opcji ubezpieczeniowych.
 - 2.3.1. Uzyskanie ochrony z tytułu Ryzyka dodatkowego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (NP) oraz poważnego zachorowania (PZ) w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, odbywa się wyłącznie po uprzednim wypełnieniu przez Ubezpieczonego dodatkowego kwestionariusza medycznego oraz zaakceptowaniu na tej podstawie ryzyka ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela.

- 2.3.2. W przypadku, o którym mowa w ust. 2.3.1. Ubezpieczyciel zawiadomi Ubezpieczonego na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania kwestionariusza medycznego, o przyznaniu lub odmowie przyznania ochrony z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (NP) oraz poważnego zachorowania (PZ).
- 2.4. Ubezpieczenie trwa 24 godziny na dobę na całym świecie.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§ 3.

- 3.1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub Uposażonym Sumę Ubezpieczenia.
- 3.2. Jeżeli w Umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli przed zdarzeniem objętym Umową ubezpieczenia, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
- 1) małżonek,
 - 2) dzieci,
 - 3) rodzice,
 - 4) rodzeństwo,
 - 5) dzieci rodzeństwa,
 - 6) inni ustawowi spadkobiercy Ubezpieczonego z wyłączeniem Skarbu Państwa.
- 3.3. Otrzymanie świadczenia przez Uposażonych wymienionych w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie świadczenia przez Uposażonych wskazanych na wypadek braku osób wymienionych w pierwszej kolejności. Osoby zaliczane do tej samej grupy otrzymują świadczenie w równych częściach.
- 3.3.1. Śmierć jednej lub wielu osób z danej grupy skutkuje proporcjonalnym zaliczeniem udziału zmarłego (zmarłych) na rzecz pozostałej żyjącej osoby lub osób z danej grupy.
- 3.4. W przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła na skutek umyślnego czynu Uposażonego, Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia temu Uposażonemu. Prawo do wypłaty świadczenia przejmują pozostali lub pozostali Uposażeni według kolejności określonej we wniosku, z uwzględnieniem ust. 3.2.
- 3.5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
- 1) jakiegokolwiek formy wojny, stanu wojennego, działań zbrojnych, świadomego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy,
 - 2) samobójstwa popełnionego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- 3.6. W przypadku, gdy przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający podał wiadomości nieprawdziwe, w szczególności zataił chorobę Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może w ciągu trzech lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia podnieść zarzut podania przez Ubezpieczającego wiadomości nieprawdziwych, co skutkuje wyłączeniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 4.

W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć nastąpiła w ciągu 180 dni od daty zajścia tego wypadku, Ubezpieczyciel, oprócz świadczenia z tytułu śmierci, o którym mowa w ust. 3.1., wypłaci dodatkowe świadczenie równe Sumie Ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEGO I CZĘŚCIOWEGO ORAZ TRWAŁEGO I CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 5.

- 5.1. Trwałym i częściowym inwalidztwem wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zdarzenie określone w ust. 5.1.1. i 5.1.2. Świadczenie z tytułu trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone, jeżeli inwalidztwo powstało w ciągu 360 dni od daty zajścia tego zdarzenia.
- 5.1.1. W razie zajścia na skutek Nieszczęśliwego wypadku jednego z następujących zdarzeń, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu określony procent Sumy Ubezpieczenia wg następującej tabeli:

| Rodzaj inwalidztwa | Procent sumy ubezpieczenia |
|--|----------------------------|
| Utrata ramienia (włączając: przedramię, dłoń, palce) | 75% |
| Utrata przedramienia (włączając: dłoń, palce) | 70% |
| Utrata dłoni (włączając: palce) | 60% |
| Utrata kciuka | 15% |
| Utrata wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk) | 40% |
| Utrata nogi (włączając: podudzie, stopę, palce) | 70% |
| Utrata podudzia (włączając: stopę, palce) | 60% |
| Utrata stopy (włączając: palce) | 50% |
| Utrata wzroku | 100% |
| Utrata wzroku w jednym oku | 50% |
| Utrata słuchu | 100% |
| Utrata słuchu w jednym uchu | 30% |
| Utrata mowy | 100% |

- 5.1.2. Użyty w tabeli termin „utrata”, oznacza całkowitą fizyczną utratę narządu lub całkowite i trwałe pozbawienie funkcji tego narządu.
- 5.1.3. W razie zajścia kilku rodzajów trwałego i częściowego inwalidztwa w wyniku jednego wypadku, zostanie wypłacone świadczenie, które jest sumą świadczeń z tytułu poszczególnych rodzajów inwalidztwa, nie przekraczające 200% Sumy Ubezpieczenia.
- 5.1.4. W przypadku, gdy zdarzenie określone w ust. 5.1. spowoduje uszkodzenie lub kilka uszkodzeń ciała i nastąpi wypłata świadczenia równego lub większego niż 100% Sumy Ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa po wypłacie takiego świadczenia wygasa w zakresie niniejszej opcji.
- 5.1.5. Każdorazowa wypłata świadczenia nie przekraczającego 100% Sumy Ubezpieczenia nie zmniejsza Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej opcji.
- 5.2. Świadczenie z tytułu trwałego i całkowitego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zostanie wypłacone, jeżeli inwalidztwo powstało w ciągu 360 dni od daty zajścia tego zdarzenia.
- 5.2.1. Za trwałe i całkowite inwalidztwo uznaje się uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało trwałą i całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej świadczonej na podstawie: stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania pracy w ramach

- wolnego zawodu oraz wszelkich innych form świadczenia pracy oraz naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym niezdolność do samodzielnej egzystencji.
- 5.2.2. Uprawniony przez Ubezpieczyciela lekarz stwierdza prawo Ubezpieczonego do świadczenia, w oparciu o zasady oceny niezdolności do pracy określone w przepisach ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 162 poz. 1118 z póź. zm.).
- 5.2.3. W razie wystąpienia trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie Ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

§ 6.

- 6.1. Trwała i całkowita niezdolność do pracy oznacza powstałą wskutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała trwałą i całkowitą niezdolność Ubezpieczonego, do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, świadczonej na podstawie: stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania pracy w ramach wolnego zawodu oraz wszelkich innych form świadczenia pracy oraz naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym niezdolność do samodzielnej egzystencji.
- 6.2. Uprawniony lekarz Ubezpieczyciela stwierdza prawo Ubezpieczonego do świadczenia stosując zasady z ust. 5.2.1 oraz 5.2.2.
- 6.3. W razie wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie Ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

§ 7.

- 7.1. Poważne zachorowanie - jedno ze zdarzeń lub chorób zdefiniowanych poniżej:
- 7.1.1. Zawał serca: Pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
- 7.1.2. Udar mózgu: Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone),

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
- wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
- jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

7.1.3. Niewydolność nerek: Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

7.1.4. 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 wskutek zalecenia specjalisty – lekarza 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.

7.1.5. Przeszczep narządu: Przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów 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) własnego szpiku biorcy.

7.1.6. Nowotwór złośliwy (rak): Nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek.

Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego 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:

- rak nieinwazyjny (carcinoma In-situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 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 w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 roku,
- nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

7.2. Uprawniony lekarz Ubezpieczyciela stwierdza prawo Ubezpieczonego do świadczenia. Ubezpieczony jest obowiązany do przedstawienia niezbędnych dokumentów i poddania się koniecznym badaniom, a w szczególności Ubezpieczony jest obowiązany do przedstawienia zaświadczenia lekarza medycyny poświadczającego nabycie przez Ubezpieczonego jednego ze schorzeń wymienionych w ust. 7.1.

- 7.3. W razie wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe połowie Sumy Ubezpieczenia.
- 7.4. Jeżeli Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 180 dni od daty wypłaty świadczenia nastąpi śmierć Ubezpieczonego, mający bezpośredni związek z poważnym zachorowaniem, wówczas świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest Ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
- 7.5. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
- 7.6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez Ubezpieczyciela, nie później jednak niż z upływem Rocznicy Polisy, przed którą Ubezpieczony skończy 65 rok życia.
- 7.7. Wyłączenia odpowiedzialności z tytułu opcji PZ.
 - 7.7.1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu niniejszej opcji jest wyłączona w okresie pierwszych 90 dni obejmowania ochroną ubezpieczeniową.
 - 7.7.2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu niniejszej opcji dodatkowej jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w wyniku:
 - 1) schorzenia rozpoznanego u Ubezpieczonego przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej opcji lub w okresie wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela określonym w ustępie 7.7.1. lub
 - 2) wydarzeń określonych w § 9 ust. 9.1.1, pkt. 1 -7.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 8.

- 8.1. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel za każdy dzień pobytu wypłaci Dzienny ryczałt za Pobyt w Szpitalu.
- 8.2. Świadczenie przysługuje za okres maksymalnie 12 miesięcy Pobytu w Szpitalu z tytułu jednego Nieszczęśliwego wypadku. Okres 12 miesięcy rozpoczyna się od momentu pierwszego dnia Pobytu w Szpitalu.
- 8.3. Świadczenie jest wypłacane Ubezpieczonemu.
- 8.4. W razie, gdy Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego przekracza 30 dni, wypłata ryczałtu za Pobyt w Szpitalu następuje co 30 dni na podstawie dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE – OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA, POSTĘPOWANIE W SPRAWACH ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 9.

- 9.1. Ograniczenie odpowiedzialności.
 - 9.1.1. Świadczenie należne na podstawie § 4, 5, 6, 7 i 8 nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwale i częściowe lub trwale i całkowicie inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku, niezdolność do pracy, poważne zachorowanie lub Pobyt w szpitalu nastąpiły bezpośrednio wskutek:
 - 1) jakiegokolwiek formy wojny, stanu wojennego, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy,

- 2) samobójstwa lub próby samobójstwa popełnionego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 3) samouszkodzenia ciała Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 4) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony ten pozostawał świadomie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 5) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności takich jak uprawianie sportów motorowych, spadochronowych, wspinaczki, speleologii,
 - 6) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 7) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, przeprowadzanym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawionych.
- 9.1.2. Jeżeli do wypadku doszło po upływie lat trzech od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.
- 9.2. Postanowienia dodatkowe.
- 9.2.1. Ubezpieczyciel powinien być niezwłocznie powiadomiony na piśmie o zajściu zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.
- 9.2.2. Podstawą do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest dostarczenie do siedziby Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
- Polisy ubezpieczeniowej (lub jej duplikatu),
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego,
 - dokumentu potwierdzającego zajście zdarzenia - w przypadku śmierci Ubezpieczonego - odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionego przez lekarza lub innych dokumentów niezbędnych do określenia zasadności wypłaty,
 - zaświadczenia stwierdzającego Pobyt w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - dokumentu potwierdzającego rozpoznanie i przyczynę uszkodzenia ciała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, wydanego przez lekarza prowadzącego,
 - opisu lub protokołu z wypadku, zawierającego informacje dotyczące rodzaju, okoliczności, daty, miejsca zdarzenia.
- 9.2.3. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom ustawy z dnia 26 lipca 1991 o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z dnia 3 marca 2000, nr 14, poz. 176 z póź. zm.).
- 9.3. Postanowienia dodatkowe dotyczące zdarzeń z § 5, 6, 7 i 8.
- 9.3.1. Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie zawiadomić Ubezpieczyciela o powstaniu zdarzenia potwierzonego diagnozą lekarską.
- 9.3.2. Zawiadomienie to następuje poprzez przesłanie pisma potwierdzającego zajście tego zdarzenia na formularzu Ubezpieczyciela.

- 9.3.3. Dla ustalenia prawa do świadczenia określonego w § 5 - § 7, na wniosek Ubezpieczyciela, Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych.
- 9.3.4. Z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, o której mowa w § 6, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe po 180 dniach trwania niezdolności do pracy, nie wcześniej jednak niż w dniu zaakceptowania zasadności roszczenia.
- 9.3.5. Z tytułu inwalidztwa, o którym mowa w § 5, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe, o ile będą spełnione warunki określone w ust. 5.1. lub 5.2. nie wcześniej jednak, niż w dniu zaakceptowania zasadności roszczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10.

- 10.1. Umowę ubezpieczenia zawiera się poprzez złożenie przez Ubezpieczającego oferty w formie pisemnego wniosku złożonego na formularzu Ubezpieczyciela.
- 10.2. Pod rygorem utraty prawa do świadczenia Ubezpieczający, a w przypadku zawierania Umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, również osoba na rzecz której ma zostać zawarta Umowa ubezpieczenia, ma obowiązek, niczego nie zatajając, odpowiedzieć zgodnie z prawdą na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku ubezpieczeniowym lub innych dokumentach wymaganych przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, w szczególności o ewentualne choroby osoby, która ma być ubezpieczona.
- 10.3. W celu zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie odpowiednio przez Ubezpieczającego lub osobę, na rzecz której ma być zawarta Umowa ubezpieczenia, oświadczenia o stanie zdrowia w kwestionariuszu medycznym, stanowiącym integralną część wniosku ubezpieczeniowego.
- 10.4. Ubezpieczyciel ma prawo uzyskać odpowiednio od Ubezpieczającego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta Umowa ubezpieczenia wszelkich dodatkowych informacji dotyczących stanu jej zdrowia lub skierować osobę, na rzecz której ma zostać zawarta Umowa ubezpieczenia na badania lekarskie oraz badania diagnostyczne w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel ponosi koszty uzyskania powyższych dodatkowych informacji i badań.
- 10.5. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel ma prawo zaproponować Umowę ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- 10.6. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest zaakceptowanie przez Ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 10.1. oraz opłacenie Składki przez Ubezpieczającego.
- 10.7. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu Polisy ubezpieczeniowej.
- 10.8. 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 (kontrofertra), wyznaczając Ubezpieczającemu czternastodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu licząc od dnia doręczenia Polisy. W tym samym terminie Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu różnice między postanowieniami Umowy a Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.
- 10.9. Umowa ubezpieczenia może być zawarta jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 rok życia i nie ukończył 65 roku życia.
- 10.10. Umowa ubezpieczenia jest zawarta na jeden rok. Po upływie każdej Rocznicy Polisy następuje automatyczne przedłużenie Umowy ubezpieczenia na kolejny rok, chyba że Ubezpieczający

w terminie najpóźniej na 20 dni przed upływem Rocznicy Polisy zawiadomi Ubezpieczyciela o nie skorzystaniu z prawa do przedłużenia Umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy takie zawiadomienie nie zostanie złożone u Ubezpieczyciela w powyższym terminie, uważa się, że Umowa zostaje przedłużona na rok kolejny.

- 10.10.1. W ramach przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny rok wysokość świadczenia ubezpieczeniowego nie ulega zmianie, a Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłacenia Składki wyliczonej przez Ubezpieczyciela za kolejny rok.
- 10.10.2. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia na kolejny rok, przy nie opłaceniu należnej Składki Ubezpieczeniowej, spowoduje zawieszenie odpowiedzialności z Umowy oraz jej wygaśnięcie w terminach, o których mowa w § 16, z uwzględnieniem zapisów ust. 2.2.3.
- 10.11. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie, nie wcześniej jednak, niż następnego dnia po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego i zapłacenia pierwszej Składki na ręce uprawnionego przez Ubezpieczyciela przedstawiciela. Ochrona kończy się w dniu wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia w przypadkach, o których mowa w § 14. Przed wystawieniem Polisy Ubezpieczyciel udziela ochrony tymczasowej, o której mowa w § 11.

OCHRONA TYMCZASOWA

§ 11.

- 11.1. Ubezpieczyciel udziela ochrony tymczasowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego, wskutek Nieszczęśliwego wypadku od dnia następnego po dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego oraz zapłacenia pierwszej Składki Ubezpieczeniowej na ręce upoważnionego przez Ubezpieczyciela przedstawiciela.
- 11.2. Ochrona tymczasowa trwa nie dłużej niż przez 60 dni i obowiązuje do momentu wystawienia Polisy lub do momentu podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o odmowie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
- 11.3. Do ochrony tymczasowej zastosowanie mają odpowiednio postanowienia § 4 oraz ust. 9.1. i ust. 9.2.
- 11.4. W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie Ubezpieczenia, określonej we wniosku ubezpieczeniowym, nie większe niż 150.000 zł.
- 11.5. W okresie trwania ochrony tymczasowej, wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu śmierci Ubezpieczonego, powstałej na skutek innej przyczyny, niż Nieszczęśliwy wypadek.
- 11.6. Pierwsza Składka Ubezpieczeniowa, o której mowa w ust. 11.1. i następnych, jest zaliczana na poczet Składki wymagalnej w razie zawarcia Umowy ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 12.

Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania Składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminach określonych w polisie.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

§ 13.

- 13.1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia, Ubezpieczyciel, w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania informuje o tym Ubezpieczonego 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.
- 13.1.1. W ciągu 30 dni od otrzymania zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w sposób wskazany przez osobę uprawnioną do jego otrzymania.
 - 13.1.2. 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.
 - 13.1.3. 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.
- 13.2. Wszelkie skargi i zażalenia Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uposażony winien kierować w formie pisemnej do Zarządu Ubezpieczyciela. Skargi i zażalenia będą rozpatrywane przez osoby upoważnione przez Zarząd Ubezpieczyciela w terminie 14 dni od ich doręczenia do siedziby Ubezpieczyciela. O sposobie rozpatrzenia skargi Ubezpieczyciel poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie w terminie 7 dni od jej rozpatrzenia.
- 13.3. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia rozpatrują osoby upoważnione przez Zarząd Ubezpieczyciela w trybie określonym w § 9 OWU.
- 13.2. Ochrona danych osobowych.
- 13.2.1. Ubezpieczyciel zapewnia ochronę danych osobowych dotyczących osób wymienionych w Polisie i innych dokumentach ubezpieczeniowych, uzyskanych w związku z Umową ubezpieczenia, zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 roku.
 - 13.2.2. Informacje zawarte w bazie danych mogą być wykorzystane przez Ubezpieczyciela, bez potrzeby uzyskiwania zgody poszczególnych osób, w celu wykonania warunków Umowy ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY, ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 14.

- 14.1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania Polisy. Za datę odstąpienia od Umowy przyjmuje się dzień doręczenia Ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu na piśmie.
- 14.2. Ubezpieczający ma prawo pisemnego wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, licząc od dnia doręczenia Ubezpieczycielowi wypowiedzenia Umowy na piśmie.
- 14.3. Umowa ubezpieczenia wygasa na skutek:
 - 1) wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego określonego w § 3, § 4 i § 7 lub
 - 2) zakończenia okresu trwania Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 10.10. lub
 - 3) zajścia przypadku, o którym mowa w § 16 lub
 - 4) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia lub
 - 5) śmierci Ubezpieczającego.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 15.

- 15.1. Minimalną wysokość Składki Ubezpieczeniowej ustala Ubezpieczyciel.

- 15.2. Składki powinny być wpłacane w terminach wskazanych w Umowie ubezpieczenia, przez cały czas trwania Umowy ubezpieczenia. Za dzień wpłaty Składki ubezpieczeniowej uważa się dzień uznania rachunku bankowego Ubezpieczyciela.
- 15.3. Składka może być opłacana półrocznie lub rocznie.
- 15.4. Ubezpieczyciel zachowuje prawo do potrącenia z należnego świadczenia ubezpieczeniowego wymagalnej Składki Ubezpieczeniowej, której Ubezpieczający nie opłacił w terminie wskazanym w Umowie.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZALEGŁOŚCI W OPŁACANIU SKŁADEK

§ 16.

Jeżeli Ubezpieczający nie wpłacił Składki Ubezpieczeniowej w terminie 30 dni, licząc od dnia wymagalności Składki, określonej w Polisie, zostanie zawiadomiony przez Ubezpieczyciela o zaległości w opłaceniu Składki w formie pisemnej, z zastrzeżeniem, iż niezapłacenie wszystkich zaległych składek w terminie 90 dni od daty powstania zaległości skutkować będzie rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wraz z bezskutecznym upływem tego terminu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

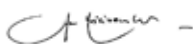
§ 17.

- 17.1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, pod adresem:

TUnŻ Cardif Polska S.A.
skrytka pocztowa 272
85-950 Bydgoszcz 1

- 17.2. Pisma Ubezpieczyciela skierowane pod ostatnio znany Ubezpieczycielowi adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego wywierają skutki prawne względem adresata pisma po upływie 30 dni od daty wysłania.
- 17.3. Sprawy o roszczenia 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.
- 17.4. Niniejsze warunki ubezpieczenia, zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą z dnia 9 listopada 2010 roku, wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku.

Prezes Zarządu



Jan Emeryk Rościszewski

Członek Zarządu



Leszek Skop

Załącznik nr 1 do OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Wystąpienia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej OWDIU mają zastosowanie w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawieranej jako umowa ubezpieczenia dodatkowego do umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Terminowego Pocztylion Życie z dnia 9 listopada 2010 roku, wprowadzonych w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku, zwanych dalej OWU.
2. Użyty w OWDIU określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, używanym zaś w OWDIU określeniom nadaje się poniższe znaczenie:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych OWDIU,
 - 2) nieszczęśliwy wypadek - nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani od stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 3) trwały uszczerbek na zdrowiu - trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, powodujące upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy,
 - 4) Ubezpieczyciel - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.,
 - 5) umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU.
3. OWDIU nie stanowią samodzielnej podstawy do zawierania umów ubezpieczenia.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową przewidzianą w OWDIU wyłącznie w okresie, w którym objęty jest ochroną przewidzianą w umowie ubezpieczenia.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia lub w rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia, pod warunkiem złożenia pisemnego wniosku wyrażającego wolę zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy.
6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy zakres umowy ubezpieczenia nie obejmuje ochrony z tytułu opcji trwałego i częściowego oraz trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (NW).
7. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
8. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zostaje przedłużona na następny rok, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia.
9. Oświadczenie Ubezpieczającego wyrażające wolę nieprzedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres winno być złożone na piśmie, nie później niż 60 dni przed upływem okresu, na jaki dodatkowa umowa została zawarta.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem, w razie, którego Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Rozpoczęcie i zakończenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie ubezpieczenia.
2. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego następuje w wypadkach wskazanych w OWU, a ponadto:
 - 1) w dniu rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) z upływem rocznicy polisy, przed którą Ubezpieczony skończy 65 rok życia.

Suma ubezpieczenia

§ 4.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu dodatkowej umowy jest równa kwocie 300 złotych i jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia.

Składka

§ 5.

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić składki w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest w tych samych terminach, co składka z tytułu umowy ubezpieczenia.

Procedura wypłaty świadczeń

§ 6.

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia, Ubezpieczyciel, w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania, kieruje do osób uprawnionych informację o dokumentach, jakie należy przedłożyć celem uzyskania wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona jest zobowiązana złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) dokumenty poświadczające tożsamość Ubezpieczonego,
 - 2) dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku np. raport policyjny, decyzja prokuratury o umorzeniu śledztwa,
 - 3) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji,
 - 4) zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - 5) pisemne wskazanie przez Ubezpieczonego sposobu spełnienia świadczenia (np.: przelew.).
2. Z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia za każdy jeden procent ustalonego uszczerbku na zdrowiu.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustalany jest przez komisję lekarską, wyznaczoną przez Ubezpieczyciela, po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji.
4. 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.
5. W celu ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Koszt badań, o których mowa w ust. 5 ponosi Ubezpieczyciel.
7. Jeżeli po ustaleniu wysokości powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego i spełnieniu świadczenia nastąpi pogorszenie stanu zdrowia

- Ubezpieczonego, 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.
8. W ciągu 30 dni od otrzymania zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w sposób wskazany przez Ubezpieczonego.
 9. 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.
 10. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczony.
 11. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli uszczerbek na zdrowiu wystąpił nie później niż w okresie 180 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
 12. Z dniem ustalenia przez Ubezpieczyciela 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, odpowiedzialność z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego Ubezpieczonego, wygasa.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7.

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, gdy uszczerbek nastąpił w wyniku:
 - 1) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) samobójstwa lub próby samobójstwa, które miały miejsce w ciągu pierwszych dwóch lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną Ubezpieczeniową,
 - 4) pozostawiania Ubezpieczonego 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) poddanie się Ubezpieczonego operacjom chirurgicznym lub kosmetycznym,
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skalkową, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
 - 9) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.

Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 8.

1. Zasady rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia zgodne są z zasadami przyjętymi dla umowy ubezpieczenia.


2. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie skutkuje rozwiązaniem umowy ubezpieczenia.
3. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia skutkuje rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 9.

1. W sprawach, które nie zostały uregulowane w niniejszych OWDIU, stosuje się odpowiednio zapisy OWU.
2. Niniejsze OWDIU zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A z dnia 9 listopada 2010 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku.

Prezes Zarządu



Jan Emeryk Rościszewski

Członek Zarządu



Leszek Skop

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.

Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, Tel. 801 801 111, +48 22 319 0000, Fax + 48 22 529 0101, NIP 525-20-30-109

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy,

XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000048866

Zarząd w składzie: Jan Emeryk Rościszewski – Prezes Zarządu, Leszek Jan Skop – Członek Zarządu

Kapitał akcyjny wynosi 30 000 000 zł i jest w pełni opłacony.

NOTATKI



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