



**ЗАГАЛЬНІ
ПОЛОЖЕННЯ
СТРАХУВАННЯ
«ПЛАН НА
НЕЩАСНИЙ
ВИПАДОК»**

код: РАН/І/12/2021



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Ubezpieczyciel zmieniającego się świata

Шановний Клієнт,

ми рекомендуємо вам ознайомитися з наведеним нижче документом. Завдяки цьому ви дізнаєтеся, в якому обсязі ми захищаємо вас, як ви можете отримати страхову виплату і які документи допоможуть нам швидко розглянути вашу заявку. Зверніть увагу на відмову від відповідальності. Це ті випадки, коли ми не зможемо виплатити вам Страхову виплату.



Щоб подати претензію:

- заповніть форму на веб-сайті: www.cardif.pl
- надішліть електронний лист на адресу: roszczenia@cardif.pl
- надішліть заповнену форму на адресу Страховика



Наш веб-сайт з контактною формою: www.cardif.pl



Тел. +48 22 529 17 96



Щоб подати рекламацию, напишіть на адресу: reklamacje@cardif.pl

У таблиці нижче, відповідно до «Закону про страхову і перестрахову діяльність» наведено інформацію, що міститься в Загальних умовах страхування:

ВИД ІНФОРМАЦІЇ	РЕЄСТРАЦІЙНИЙ НОМЕР ІЗ ЗРАЗКА ДОГОВОРУ
1. Умови виплати компенсації та інших страхових виплат.	ст. 2, у зв'язку зі ст. 1 п.1 пп. 11), 13), 21), 30), 31) ст. 4, п. 2 у зв'язку зі ст. 1, пп. 4), 8), 11), 15), 16), 17), 19), 22), 23), 25) ст. 10 у зв'язку зі ст.1, пп. 3), 9), 10), 13), 19), 20), 21), 23), 28), 30), 31), 32)
2. Обмеження і виключення відповідальності страхової компанії, що дають їй право відмовитися від виплачування страхової виплати або зменшити її.	ст. 14 у зв'язку зі ст.1, пп. м3), 9), 10), 13), 19), 20), 8), 13), 21), 23), 30), 31)

Ці Загальні умови страхування (далі: OWU) складені польською мовою, а потім перекладені на українську. Переклад OWU на українську мову має лише допоміжний характер, але обов'язковим для виконання є зміст OWU польською мовою. У разі будь-яких розбіжностей між OWU польською мовою та їх перекладом на українську мову, OWU польською мовою матимуть вирішальне юридичне значення.

Ці загальні умови страхування NNW «План на нещасний випадок» з індексом PАН/І/012/2021 (далі: «OWU» або «Загальні умови страхування») застосовуються до договору страхування, укладеного між Cardiff - Assurances Risques Divers S.A. Відділення в Польщі, та Страхувальником, і є його невід'ємною частиною.

Ознайомлення з термінами допоможе вам зрозуміти OWU.

Терміни, визначені нижче, пишуться в тексті OWU з великої літери.

СТ 1. Визначення

- Терміни, вжиті у цих загальних умовах страхування NNW «План на нещасний випадок» з індексом PАН/І/012/2021 та в інших документах, що стосуються Договору страхування, мають таке значення:
 - Агент** - Банк, що здійснює агентську діяльність на підставі агентського договору, укладеного із Страховиком у рамках виданої довіреності; внесений до Реєстру страхових агентів, який веде Польська комісія з фінансового нагляду;
 - Банк** - BNP Paribas Bank Polska S.A.;
 - Денний паушальний платіж** - Виплата, належна за кожен день перебування Застрахованої особи в лікарні в результаті Нещасного випадку;
 - Дата початку дії Страхового захисту** - перший день календарного місяця, наступного за місяцем, в якому Страхувальник сплатив перший внесок, але не раніше Дати укладання Договору страхування;
 - День укладення Договору страхування** - день, вказаний у Заяві-полісі.
 - Дата настання Події** -
 - у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку, або у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку на транспорті - дата смерті, вказана у свідоцтві про смерть;
 - у випадку перебування Застрахованої особи в лікарні в результаті Нещасного випадку - дата надходження до Лікарні згідно з документацією, пов'язаною з перебуванням Застрахованого в Лікарні;
 - у випадку постійної шкоди здоров'ю Застрахованої особи внаслідок переломів кісток - день виникнення Нещасного випадку, у результаті якого мали місце переломи кісток;
 - Форма документу Заяви-полісу** - волевиявлення Страхувальника подається у вигляді документа в порядку, що дає можливість ідентифікації Страхувальника; документ є носієм інформації, що дозволяє ознайомлення зі змістом заяви;
 - Місяць за полісом** - період, за який буде сплачено страховий внесок, що дорівнює календарному місяцю. Перший місяць полісу починається з дати страхового покриття;
 - Нещасний випадок** - раптова подія, спричинена виключно зовнішньою причиною, незалежно від волі чи здоров'я Застрахованого, що виникла протягом Терміну страхування;
 - Дорожньо-транспортна пригода** - Аварія за участю транспортного засобу в наземному, водному або повітряному транспорті, що сталася протягом періоду відповідальності Страховика.
- Страховий захист** - страховий захист, наданий Страховиком даній Застрахованій особі, на умовах, викладених в OWU;
- Період страхування** - тривалість відповідальності Страховика перед Застрахованим, описаний у ст. 4 і 5 OWU.
- Перебування Застрахованої особи в Лікарні внаслідок Нещасного випадку** - підтвержене відповідною медичною документацією постійне, безперервне перебування Застрахованої особи в Лікарні для лікування тілесних ушкоджень, отриманих внаслідок Нещасного випадку, з метою збереження, відновлення або покращення здоров'я Застрахованої особи тривалістю не менше 1 дня, що розраховується як різниця між датою виписки і датою надходження до Лікарні;
- Транспортний засіб** - автомобіль, залізничний транспортний засіб, мотоцикл, сільськогосподарський трактор, причіп, придатний до руху відповідно до правил дорожнього руху, повітряне судно, визначене відповідно до Закону про авіацію, водне судно у розумінні Закону про внутрішні водні шляхи або морського кодексу, за винятком суден, що використовуються для спортивних цілей;
- Рік за полісом** - кожні 12 послідовних місяців дії полісу, рахуючи з дати початку дії страхового покриття;
- Страховий платіж** - сума, що належить Страховику за надання Страхового захисту, призначена принаймні на покриття страхового ризику і витрат на здійснення страхової діяльності Страховика;
- Страхова сума** - верхня межа відповідальності Страховика за Договором страхування, зазначена в Заяві-полісі, яка є підставою для визначення розміру Страхового платежу;
- Лікарня** - діючий на території Європейського Союзу згідно з відповідними положеннями законодавства державний або приватний заклад охорони здоров'я, завданням якого є цілодобове медичне обслуговування пацієнтів і їх лікування, з відповідною діагностичною та лікувальною базою, в якому працює медичний персонал і який забезпечує постійний цілодобовий кваліфікований нагляд медсестри і принаймні одного лікаря і, що має постійні лікарняні місця для пацієнтів, а також веде і збирає для кожного пацієнта повну медичну документацію. Визначення лікарні не включає будинки престарілих, центри для психічно хворих або лікування неврозів чи поведінкових розладів, хоспіси, установи, завданням яких є лікування алкоголізму та інших залежностей, реабілітаційні лікарні, лікарняні реабілітаційні відділення, центри покращення здоров'я, реабілітаційні, санаторні центри, санаторні лікарні,

- курортні лікувальні заклади, бази відпочинку, навіть якщо вони є організаційною частиною Лікарні;
- 19) **Страхова виплата** – сума, яку виплачує Страховик на умовах, викладених у OWU, наприклад:
- Смерті Застрахованої особи в результаті Нещасного випадку;
 - Смерті Застрахованої особи внаслідок Дорожньо-транспортної пригоди;
 - Перебування Застрахованої особи в лікарні в результаті Нещасного випадку;
 - Постійна шкода здоров'ю застрахованого внаслідок переломів кісток.
- 20) **Таблиця PTMU** - «Таблиця стандартів для оцінки у відсотках стійкої шкоди для здоров'я в результаті нещасного випадку», розроблена фахівцями Польської асоціації страхової медицини у співпраці з Польською страховою асоціацією, доступна на сайті www.ptmu.org.pl, і є основою для визначення відсотка постійної шкоди здоров'ю Застрахованої особи внаслідок переломів кісток;
- 21) **Постійна шкода здоров'ю застрахованого внаслідок переломів кісток** – постійне фізичне ушкодження організму або втрата здоров'я в результаті перелому кістки в результаті нещасного випадку, якого зазнала Застрахована особа протягом періоду відповідальності Страховика, що призвело до порушення функцій організму, які за прогнозами не поліпшаться,
- 22) **Страхувальник** - особа, вказана у Заяві-полісі, яка уклала Договір страхування та зобов'язана сплачувати Страхові платежі;
- 23) **Застрахована особа** - Страхувальник, на якого поширюється Страховий захист, зазначений в Заяві-полісі;
- 24) **Страховик** - Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Відділення в Польщі з місцезнаходженням у Варшаві, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa,
- 25) **Договір страхування** - договір страхування, укладений між Страховиком і Страхувальником на підставі OWU;
- 26) **Вигодонабувач** - особа, зазначена Застрахованим у Заяві-полісі або зазначена в OWU, яка має право на отримання Страхової виплати у разі смерті Застрахованого внаслідок нещасного випадку або смерті Застрахованого внаслідок дорожньо-транспортної пригоди;
- 27) **Вік** - кількість повних років життя Застрахованого;
- 28) **Заява-поліс** - документ, що підтверджує укладення Договору страхування, поданий у:
- письмовій формі, інша вважатиметься недійсною, на формі Страховика, або
 - у задокументованій формі;
- 29) **Подія** - подія, зазначена в OWU, яка відбулася протягом Періоду страхування, і настання якої дає право на Страхову виплату;
- 30) **Смерть Застрахованого внаслідок нещасного випадку** - смерть Застрахованого, що настала протягом 180 днів з моменту настання нещасного випадку, якщо існує причинний зв'язок між нещасним випадком та смертю Застрахованого.
- 31) **Смерть Застрахованого внаслідок дорожньо-транспортної пригоди** - смерть Застрахованого, що настала протягом 180 днів з моменту настання ДТП, якщо існує причинний зв'язок між ДТП та смертю Застрахованого.
- 32) **Перелом кістки** - повне руйнування кісткової тканини в результаті нещасного випадку, визначене медичним працівником.

СТ 2. Предмет і обсяг страхування

- Предметом страхування є життя, здоров'я Застрахованої особи.
- Обсяг Страхового захисту:
 - Смерть Застрахованої особи в результаті Нещасного випадку;
 - Смерть Застрахованої особи в результаті ДТП;
 - Перебування Застрахованої особи в лікарні в результаті Нещасного випадку;
 - Постійна шкода здоров'ю Застрахованої особи внаслідок переломів кісток;
- Застрахована особа покрита Страховим захистом у всьому світі, незалежно від місця перебування, із застереженням, що перебування Застрахованої особи в лікарні в результаті Нещасного випадку покривається тільки на території ЄС;

Страховик укладає Договір страхування з особами, які відповідають певним критеріям, і які виконували конкретну діяльність. Перевірте, чи відповідаєте ви критеріям, визначеним Страховиком.



СТ 3. УМОВИ УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- Договір страхування може бути укладений з особою, яка проживає у Польщі та яка на Дату укладення Договору страхування досягнула Віку 18 років, але не досягнула 70 років.
- Страхувальник укладає Договір страхування виключно для себе.
- Укладення Договору страхування здійснюється за умови:
 - підписання Страхувальником та уповноваженим представником Агента правильно і повністю заповненої Заяви-полісу,
 - зобов'язання Страхувальника сплачувати Страхові виплати у строки, вказані у Заяві-полісі.
- Договір страхування укладається на строк одного Року дії страхового полісу і продовжується на наступний Рік дії страхового полісу, якщо жодна зі сторін Договору страхування, до завершення поточного Року дії страхового полісу, не подає заяви про відмову продовжити на наступний Рік дію страхового полісу. Якщо внаслідок подання заяви будь-якою стороною, Договір страхування не буде продовжено на наступний Рік дії страхового полісу, тоді Договір страхування припиняється по завершенні поточного Року дії полісу.

Перевірте, коли починається і закінчується страхування.



СТ 4. Строк відповідальності Страховика

- Страховик надає Страховий захист на строк одного Року дії полісу, з можливістю продовження на наступні Роки дії Полісу.

- Страховий захист розпочинається з Дати початку дії Страхового захисту і триває до моменту закінчення терміну його дії, вказаного у п. 3 нижче.
- Термін дії Договору страхування закінчується у таких випадках:
 - у день смерті Застрахованої особи;
 - з датою погашення Страхової виплати або Страхових виплат у сукупному розмірі 100% Страхової суми;
 - у випадку, якщо Страхувальник подає заяву про припинення дії Договору страхування:
 - в останній день Місяця дії страхового полісу, в якому було подано заяву про припинення дії, якщо повідомлення було доставлено Страхувальникові до 19 числа цього Місяця дії полісу,
 - в останній день наступного Місяця дії страхового полісу після Місяця дії страхового полісу, в якому було подано заяву про припинення дії, якщо повідомлення було доставлено Страхувальникові до 19 числа цього Місяця дії полісу;
 - у день задовільного розірвання Договору страхування Страхувальником;
 - на дату, коли закінчився термін оплати частини Страхового платежу, визначеного Страховиком при поданні вимоги про оплати;
 - в останній день Року дії страхового полісу, в котрому Страхувальник успішно подав Страховику заяву про відмову продовжити Страховий договір на наступний Рік дії страхового полісу;
 - в останній день Року дії страхового полісу, в котрому Страховик успішно подав Страхувальнику заяву про відмову продовжити Страховий договір на наступний Рік дії страхового полісу;
 - в останній день Року дії страхового полісу, в котрому Застрахований досягнув Віку 74 років; залежно від того, яка подія відбудеться першою.

СТ 5. Зміна Договору страхування

- Договір страхування продовжується на наступний Рік дії страхового полісу за умови, що Страхувальник або Страховик не подаватимуть заяви про відмову продовжити Страховий захист на наступний Рік дії страхового полісу, із застереженням, що Договір страхування не буде продовжено після Року дії страхового полісу, в котрому Застрахований досягнув Віку 74 років.
- Договір страхування продовжується, якщо Страхувальник сплатить першу частину Страхового платежу за продовженим Договором страхування, у строк, вказаний у ст. 9, п. 5 OWU.
- Розмір Страхового платежу встановлюється відповідно до ст. 9, п. 1 OWU.

Страхувальник може припинити Договір страхування шляхом його розірвання або відмови від нього.
Перевірте, коли і як це зробити.

СТ 6. Відмова, припинення дії Договору страхування

- Страхувальник має право відмовитися від Договору страхування упродовж 30 днів від Дати укладення Договору страхування.
- Страхувальник може припинити дію Договору страхування у будь-який час тривання Періоду страхування, подаючи Страховику своє волевиявлення щодо цього.
- Подання заяви про припинення або відмову від Договору страхування за посередництвом Агента рівнозначне отриманню цієї заяви Страховиком.
- Заяву про відмову або припинення Договору страхування Страхувальник може подати:
 - телефоном, зателефонувавши на номер (22) 529 17 96, з понеділка до п'ятниці з 9.00 год. до 17.00 год.
 - шляхом повідомлення на електронну пошту за адресою: obsluga@cardif.pl;
 - письмово або особисто за адресою: Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Відділення у Польщі, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa
 - за посередництвом Агента, у будь-якому відділенні BNP Paribas Bank Polska S.A., яке обслуговує клієнтів.
- Відмова або припинення Договору страхування не звільняє Страхувальника від обов'язку погасити Страхові платежі за період, в якому Страховик надавав йому Страховий захист.

Перевірте, які обов'язки Страхувальника. Їх виконання необхідне для того, щоб Страховик (у разі настання Події) міг здійснювати Страхові виплати.

СТ 7. Обов'язки Страхувальника

- Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховий платіж за правилами, вказаними в OWU та в Заяві-полісі.
- Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику про зміни у своїх персональних даних, зокрема, зміну адреси проживання.

Перевірте, які обов'язки Страховика перед Страхувальником/Застрахованим.

СТ 8. Обов'язки Страховика

- Страховик зобов'язаний реалізувати Страхові виплати у розмірі і за правилами, вказаними в OWU.
- Страховик зобов'язаний зберігати в таємниці будь-яку інформацію, пов'язану з Договором страхування, зокрема, персональні дані Страхувальника, Застрахованого і Вигодонабувача.

Перевірте, які правила встановлення розміру і оплати Страхових платежів.

СТ 9. Страховий платіж

- Розмір Страхового платежу встановлюється за тарифами Страхових платежів, дійсних на Дату укладення Договору страхування, відповідно до суми вибраного Страхувальником варіанта Страхової суми.

2. Розмір Страхового платежу вказується у Заяві-полісі та у Таблиці Страхових платежів – Додатку № 1 до цих ОВУ.
3. Страховий платіж вноситься Страхувальником у щомісячних частках, на вказаний Страховиком персональний номер банківського рахунку.
4. Першу частку Страхового платежу необхідно сплатити найпізніше до кінця календарного місяця, наступного після місяця, в якому укладено Договір страхування. Несплата першої частки Страхового платежу у вказаний термін призведе до розірвання Договору страхування.
5. Наступні частки Страхового платежу необхідно сплачувати до 20-го числа календарного місяця авансом за наступний календарний місяць Страхового заходу (Місяць дії полісу). У випадку ненадходження оплати частки Страхового платежу у визначений строк Страховик звертається до Страхувальника з вимогою оплатити частку Страхового платежу у додатковий строк, не менше ніж 7 днів від дати отримання Страхувальником вимоги. Несплата частки Страхового платежу у вказаний додатковий строк призведе до припинення дії Договору страхування та Страхового захисту, коли закінчиться додатковий термін, встановлений для оплати частки Страхового платежу.
6. Датою сплати частки Страхового платежу є дата, коли частка Страхового платежу відповідного розміру буде зарахована на розрахунковий рахунок Страховика.
7. Страхові виплати на підставі Перебування Застрахованого у Лікарні внаслідок Нещасного випадку надається за період максимальною тривалістю 180 днів за один Нещасний випадок.
8. На підставі заподіяння **Стійкого пошкодження здоров'я Застрахованого внаслідок Перелому кісток** Страховик відшкодовує Страхові виплати у розмірі, що дорівнює добуткові встановленого відсотка розладу здоров'я на 60% Страхової суми.
9. Ступінь Стійкого пошкодження здоров'я Застрахованого внаслідок Перелому кісток встановлюється Страховиком, відповідно до Таблиці РТМУ, після завершення процесу лікування і реабілітації, на підставі медичної документації.
10. Якщо внаслідок Перелому ушкодження зазнав орган або система, функції яких були попередньо ушкоджені, відсоток Стійкого пошкодження здоров'я Застрахованого внаслідок Перелому кісток визначається як різниця між станом після випадку та станом, який існував безпосередньо перед випадком.
11. Для встановлення ступеня Стійкого пошкодження здоров'я Застрахованого внаслідок Перелому кісток Страховик має право скерувати Застрахованого на додаткові медичні обстеження.
12. Витрати на обстеження, передбачені у п. 11, покладені на Страховика.
13. Якщо після встановлення розмір Стійкого пошкодження здоров'я Застрахованого внаслідок Перелому кісток і здійснення Страхової виплати настане погіршення стану здоров'я Застрахованого, Страховик знову встановлює розмір Стійкого пошкодження здоров'я Застрахованого внаслідок Перелому кісток і здійснює додаткову виплату частини Страхової виплати, із застереженням, що погіршення стану здоров'я не може відбутися пізніше ніж упродовж 2-х років з моменту настання Події, на яку поширюється відповідальність Страховика.
14. Право отримати Страхові виплати надається, якщо Стійке пошкодження здоров'я Застрахованого внаслідок Перелому кісток трапилося не пізніше ніж у період 180 днів від дати настання Нещасного випадку.
15. Сукупний розмір Страхової виплати на підставі Стійкого пошкодження здоров'я Застрахованого внаслідок Перелому кісток не може перевищувати 60% Страхової суми.
16. Якщо Застрахований отримав Страхові виплати на підставі Стійкого пошкодження здоров'я Застрахованого внаслідок Перелому кісток, а потім помер у результаті такого самого Нещасного випадку, Страхові виплати за Смерть внаслідок Нещасного випадку буде зменшена на суму Страхової виплати, відшкодованої на підставі Стійкого пошкодження здоров'я Застрахованого внаслідок Перелому кісток.

Розмір Страхової виплати залежить від Страхової суми.

Ви завжди можете перевірити у Заяві-полісі Вашу Страхову суму.

СТ 10. Страхова сума і розмір Страхової виплати

1. Страхова сума вказана у Заяві-полісі.
2. У випадку **Смерті Застрахованого внаслідок Нещасного випадку** Страховик погашає Страхові виплати, що дорівнюють Страховій сумі, із застереженням у п. 3.
3. На підставі **Смерті Застрахованого внаслідок Нещасного випадку, пов'язаного із дорожньо-транспортною пригодою**, Страховик відшкодує додаткові Страхові виплати у розмірі Страхової суми, незалежно від Страхової виплати на підставі Смерті Застрахованого внаслідок Нещасного випадку.
4. Право на Страхові виплати у зв'язку зі Смертю Застрахованого внаслідок Нещасного випадку надається, якщо смерть Застрахованого настала упродовж 180 днів з дати настання Нещасного випадку, який спричинив смерть Застрахованого.
5. Право на Страхові виплати у зв'язку зі Смертю Застрахованого внаслідок Нещасного випадку, пов'язаного із дорожньо-транспортною пригодою, надається, якщо смерть Застрахованого настала упродовж 180 днів з дати настання Нещасного випадку, пов'язаного із дорожньо-транспортною пригодою, який спричинив смерть Застрахованого.
6. На підставі **Перебування Застрахованого у Лікарні внаслідок Нещасного випадку** Страховик відшкодує Денну фіксовану суму за кожен день безперервного перебування у Лікарні, відповідно до вибраного Страхувальником варіанту страхування.
7. Про настання Події слід негайно повідомити Страховика шляхом:
 - 1) заповнення електронної заявки на веб-сайті:

Дізнайтеся, як ви можете подати претензію.

СТ 11. Спосіб повідомлення про Події та здійснення Страхових виплат

- www.cardif.pl або
- 2) надсилання повідомлення на адресу: nazwa@cardif.pl або
 - 3) подання заяви про виплату Страхових виплат у письмовій формі або особисто за адресою місцезнаходження Страховика
 - 4) за посередництвом Агента, напр., у формі для повідомлення претензій
- і додаючи документи, зазначені в OWU.
2. Усі документи, які додаються до заяви про відшкодування Страхових виплат повинні бути оригіналами або копіями (які підтверджують відповідність копії оригіналові, засвідченими працівниками або представниками Банку, або уповноваженим органом). Документи, викладені іноземною мовою, повинні бути перекладені на польську мову присяжним перекладачем.
 3. Страховик відшкодовує Страхові виплати упродовж 30 днів з дати отримання повідомлення про Подію.
 4. Якщо з'ясування обставин, необхідних для визначення Страхової виплати або розміру Страхової виплати, виявилось неможливим у строк, зазначений у п. 3, Страхова виплата має бути здійснена протягом 14 днів з дня, коли можна було з належною ретельністю з'ясувати ці обставини. Однак безсумнівна частина Страхових виплат здійснюється Страховиком у строк, передбачений п. 3.
 5. Якщо Страховик не відшкодує Страхові виплати у строк, визначений у п. 3 або п. 4, то він повинен письмово повідомити про причини, які унеможливають задоволення претензій загалом або частково особі, яка подала претензію, і повинен виплатити безсумнівну частину Страхових виплат.
 6. У випадку, якщо Страхові виплати не надаються або надаються в іншому розмірі, аніж це визначено у поданій претензії, Страховик надає інформацію у письмовій формі особі, яка подала претензію, дотримуючись термінів, вказаних у п. 3 і п. 4. Страховик вказує обставини і правові підстави, що обґрунтовують повну або часткову відмову у здійсненні Страхової виплати. Інформація Страховика міститиме вказівки щодо можливості розгляду вимог у суді.
 7. У випадку, якщо Страхові виплати надаються, Страховик повідомляє про цей факт Застрахованому або іншій особі, яка подала претензію, надсилаючи письмову інформацію про погашення Страхових виплат.
 8. Страхові виплати за Смерть Застрахованого внаслідок Нещасного випадку та Смерть Застрахованого внаслідок Нещасного випадку, пов'язаного із дорожньо-транспортною пригодою, відшкодовуються Вигодонабувачам, вказаним Застрахованим у Заяві-полісі, у частинах, відповідно до вказівок Застрахованого.
 9. Якщо Страхувальник вказав декілька Вигодонабувачів і не визначив часток у Страхових виплатах, вважається, що ці частки рівні. Якщо сума часток Страхових виплат окремих Вигодонабувачів не дорівнює 100%, вважається, що частки цих Вигодонабувачів пропорційні до часток, вказаних Застрахованим.
 10. Якщо Застрахований не вказав Вигодонабувачів або, якщо жоден із Вигодонабувачів на дату смерті Застрахованого не був живий або всі Вигодонабувачі втратили право на Страхову виплату, право на отримання Страхової виплати мають члени сім'ї Застрахованого у такому порядку:
 - 1) чоловік/дружина Застрахованого,
 - 2) якщо немає чоловіка/дружини Застрахованого – Страхову виплату діти отримують Застрахованого, у рівних частинах,
 - 3) якщо немає дітей і чоловіка/дружини Застрахованого – Страхову виплату отримують батьки Застрахованого у рівних частинах,
 - 4) якщо немає батьків, дітей і чоловіка/дружини Застрахованого – Страхову виплату у рівних частинах отримують брати і сестри Застрахованого,
 - 5) якщо немає осіб, вказаних вище, – спадкоємці Застрахованого, за винятком ґміни і Державної Скарбниці, отримують Страхову виплату у рівних частинах їхніх часток у спадщині.
 11. Страхова виплата на підставі Перебування Застрахованого у Лікарні внаслідок Нещасного випадку, Стійкого Пошкодження Здоров'я Застрахованого внаслідок Перелому кісток відшкодовується Застрахованому.
 12. Відшкодування Страхових виплат здійснюється шляхом переказу на банківський рахунок, вказаний Вигодонабувачем або Застрахованим.

СТ 12. Документи, необхідні для подання претензії

Для подання вимоги Страховику необхідно подати:

на підставі
Смерті
Застрахованого
внаслідок
Нещасного
випадку

- 1) копію свідоцтва про смерть Застрахованого;
- 2) документ, в якому визначено причину та обставини смерті (напр.: картка смерті, статистична картка, медична довідка, інформаційна картка з лікарні, карта виїзду екстреної медичної допомоги, протокол розтину тіла, медична документація щодо лікування Застрахованого);
- 3) документ, який підтверджує настання Нещасного випадку, зокрема, постанови компетентних правоохоронних органів та органів судової влади (напр.: протокол працівників поліції, відповідної постанови прокурора, протокол дорожньо-транспортної пригоди або опис, що містить інформацію щодо обставин і дати Події),
- 4) інші документи, які вимагає Страховик і які необхідні для встановлення правомірності претензії про виплату і розмір Страхової виплати.
- 5) документи, які підтверджують осіб, вказаних у статті 11, пункти 8-10.

на підставі Смерті Застрахованого внаслідок Нещасного випадку, пов'язаного з дорожньо- транспортною пригодою	<ol style="list-style-type: none"> копію свідоцтва про смерть Застрахованого; документ, в якому визначено причину та обставини смерті (напр.: картка смерті, статистична картка, медична довідка, інформаційна картка з лікарні, карта виїзду екстреної медичної допомоги, протокол розтину тіла, медична документація щодо лікування Застрахованого); документи, які підтверджують настання Нещасного випадку, пов'язаного із дорожньо-транспортною пригодою, включаючи зокрема, постанови компетентних правоохоронних органів та органів судової влади (напр.: протокол працівників поліції, відповідної постанови прокурора, протокол дорожньо-транспортної пригоди або опис, що містить інформацію щодо обставин і дати Події), документ, який підтверджує допуск Транспортного засобу до дорожнього руху, і документ, який підтверджує право на керування Транспортним засобом – у випадку, якщо Застрахований керував Транспортним Засобом, інші документи, які вимагає Страховик і які необхідні для встановлення правомірності претензії про виплату і розмір Страхової виплати. документи, які підтверджують осіб, вказаних у статті 11, пункти 8-10.
на підставі Перебування Застрахованого в Лікарні внаслідок Нещасного випадку	<ol style="list-style-type: none"> медична документація, яка підтверджує Перебування Застрахованого в Лікарні внаслідок Нещасного випадку (напри.: інформаційна картка лікування в медичному закладі або інший документ, виданий у Лікарні під час перебування Застрахованого в Лікарні), документ, який підтверджує настання Нещасного випадку, зокрема, постанови компетентних правоохоронних органів та органів судової влади (напр.: протокол працівників поліції, відповідної постанови прокурора, протокол дорожньо-транспортної пригоди або опис, що містить інформацію щодо обставин і дати Події), документ, який підтверджує допуск Транспортного засобу до дорожнього руху, і документ, який підтверджує право на керування Транспортним засобом – у випадку, якщо Застрахований керував Транспортним Засобом, інші документи, які вимагає Страховик і які необхідні для встановлення правомірності претензії про виплату і розмір Страхової виплати. документ, який підтверджує особу Застрахованого.
на підставі Стійкого Пошкодження Здоров'я Застрахованого внаслідок Перелому кісток	<ol style="list-style-type: none"> документ, який підтверджує настання Нещасного випадку, зокрема, постанови компетентних правоохоронних органів та органів судової влади (напр.: протокол працівників поліції, відповідної постанови прокурора, протокол дорожньо-транспортної пригоди) або опис, що містить інформацію щодо обставин і дати Події, документ, який підтверджує допуск Транспортного засобу до дорожнього руху, і документ, який підтверджує право на керування Транспортним засобом – у випадку, якщо Застрахований керував Транспортним Засобом, медична документація, що стосується перебігу лікування та реабілітації, довідка про завершення лікування та реабілітації, інші документи, які вимагає Страховик і які необхідні для встановлення правомірності претензії про виплату і розмір Страхової виплати. документ, який підтверджує особу Застрахованого.

СТ 13. Виключення відповідальності Страховика

1. Відповідальність Страховика виключається, якщо настання Події сталося у причинно-наслідковому зв'язку з:

	<i>(Знак « X » позначає відмову Страховика від відповідальності)</i>			
	Смерть внаслідок Нещасного випадку	Смерть внаслідок дорожньо- транспортної пригоди	Перебування застрахованого в лікарні внаслідок Нещасного випадку	Постійна шкода здоров'ю Застрахованого в результаті переломів кістки
1) спробою самогубства;				X
2) активною участю Застрахованого у військових і бойових діях, активною участю у заворушеннях, свідомою і добровільною участю в актах насильства, якщо участь в актах насильства не є результатом стану вищої необхідності або необхідної оборони;	X	X	X	X
3) спробою або вчиненням Застрахованим злочину;	X	X	X	X
4) перебуванням Застрахованого під дією алкоголю, наркотиків або інших токсичних	X	X	X	X

чи психоактивних речовин (так зв. конструкторських наркотиків), за винятком лікарських засобів, що застосовуються за рецептом лікаря та вживаються відповідно до його рекомендацій;				
5) подією, безпосередньо пов'язаною з масовим хімічним або радіоактивним зараженням, спричиненим зброєю або обладнанням, що використовує енергію поділу ядра або радіоактивність;	×	×	×	×
6) виконанням стандартних медичних практик особами без відповідної кваліфікації, крім випадків, коли ці дії здійснювалися в ситуації, що загрожує життю Застрахованого, з метою його порятунку;				×
7) керуванням Застрахованим наземним, водним або повітряним транспортним засобом без необхідного дозволу на керування транспортним засобом або транспортним засобом, не дозволеним для дорожнього руху (не стосується відсутності поточних технічних оглядів транспортного засобу, крім випадків, коли причиною дорожньо-транспортної пригоди був технічний стан транспортного засобу);		×	×	×
8) Дорожньо-транспортною пригодою, про яку не повідомили в поліцію;		×		
9) самокаліченням або тілесними ушкодженнями на прохання Застрахованого, незалежно від стану його осудності;			×	×
10) авіакатастрофою, за винятком випадків, коли Застрахований був пасажиром ліцензованих авіакомпаній.	×	×		

Ознайомтеся з правилами оподаткування Страхових виплат.

СТ 14. Оподаткування Страхових виплат

1. Страхові виплати за Договором страхування оподатковуються на підставі загальноприйнятих положень польського законодавства.
2. У випадку фізичних осіб Страхові виплати оподатковуються відповідно до положень ст. 21 п. 1 пп. 4 Закону від 26 липня 1991 року про податки на доходи фізичних осіб (зведений текст Законодавчий вісник, 2021 р., поз. 1128 з наст. зм.)
3. У випадку юридичних осіб Страхові виплати оподатковуються відповідно до положень ст. 12 п. 1 Закону від 15 лютого 1992 р. про податки на прибуток підприємств (зведений текст Законодавчий вісник, 2021 р., поз. 1800 з наст. зм.)

Ви можете зв'язатися з нами в разі незадоволеності нашими послугами.

Дізнайтеся про правила подання та розгляду

СТ 15. Розгляд рекламаций

1. Рекламация можуть бути подані в письмовій формі за адресою Страховика за адресою: вул. Grzybowska 78, 00-844 Варшава або поштою, телефоном за номером телефону, вказаним на веб-сайті www.cardif.pl, електронною поштою за адресою: reklamacje@cardif.pl або через Форма заявки доступна на веб-сайті www.cardif.pl.
2. Страховик відповідає на рекламацию у паперовій формі або на твердому носії у розумінні Закону від 19 серпня 2011 року про платіжні послуги, без зайвої затримки, але не пізніше 30 днів з дня отримання рекламаций за формою та в місці, зазначених у п. 1. На вимогу особи, яка подає рекламацию, Страховик може надати відповідь, зазначену у попередньому реченні, електронною поштою.
3. В особливо складних випадках, що унеможливають розгляд рекламаций та надання відповіді протягом терміну, зазначеного у ст. 2, Страховик визначає очікувану дату розгляду рекламаций, яка не може перевищувати 60 днів з дня отримання рекламаций, і надає відповідь.
4. Фізична особа, яка подає рекламацию, має право подати запит про розгляд рекламаций до фінансового омбудсмена або подати рекламацию до міського чи повітового омбудсмена.
5. Інформація про порядок оплати та розгляд рекламаций доступні через веб-сайт www.cardif.pl та за місцезнаходженням Страховика.

! Якщо спір не можна вирішити мирним шляхом, то завжди відкритий шлях розгляду претензій у судовому провадженні. Ознайомтеся з правилами судового провадження щодо претензій.

СТ 16. Компетентний суд і вирішення спорів

1. У питаннях, не охоплених OWU, застосовуються відповідні положення польського законодавства, зокрема Цивільного кодексу та Закону про страхову та перестрахову діяльність.
2. Позови щодо претензій, передбачені Договором страхування, можна подавати або відповідно до положень про загальну юрисдикцію, або до суду, компетентного для місця проживання або місцезнаходження Страхувальника, Застрахованого, Вигодонабувача або Уповноваженої особи за Договором страхування, або до суду, компетентного для місця проживання спадкоємця Застрахованого або спадкоємця Уповноваженої особи за Договором страхування.
3. Компетентним органом для Страховика, призначеним здійснювати провадження у справі вирішення споживчих спорів, у розумінні Закону від 23 вересня 2016 року про позасудове вирішення споживчих спорів є Фінансовий Омбудсмен (www.rf.gov.pl).
4. Відповідно до Регламенту № 524/2013 Європейського Парламенту і Ради від 21 травня 2013 року про онлайн-систему вирішення споживчих спорів і внесення змін до Регламенту (ЄС) № 2006/2004 і Директиви 2009/22/ЄС, споживач може використовувати онлайн-платформу вирішення спорів (платформа ODR), яку можна знайти за адресою: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

СТ 17. Грошова система

У разі зміни грошової системи в Польщі або деномінації польської валюти всі фінансові зобов'язання за цим Договором страхування, номіновані в польській валюті, будуть змінені на основі середнього обмінного курсу валют, оголошеного Національним банком Польщі.

СТ 18. Прикінцеві положення

1. Відповідно до ст. 7, п. 1, пп. 2) Закону від 7 жовтня 1999 року «Про польську мову» (зведений текст: Законодавчий вісник від 2021, поз. 672) при виконанні Договору страхування використовується польська мова.
2. Ці Загальні умови страхування від нещасних випадків «План від нещасного випадку» з індексом РАН/І/12/2021 затверджені Представником іноземного підприємця Cardif Assurances Risques Divers S.A. відділення у Польщі постановою від 22 листопада 2021 року набирає чинності з 1 грудня 2021 року.
3. Звіт про платоспроможність і фінансовий стан Страховика можна знайти на веб-сайті www.cardif.pl і в офісі Страховика.

Grzegorz Jurczyk
Представник іноземного підприємця
Cardif-Assurances Risques Divers S.A.
філія в Польщі

Додаток № 1 до OWU

Таблиця Страхових внесків NNW «План на нещасний випадок» з індексом РАН/І/012/2021

Ця Таблиця Страхових внесків поширюється на Договори страхування, укладені з 01.12.2021 на підставі Загальних умов страхування NNW «План від нещасного випадку» з індексом РАН/І/12.2021.

Терміни, використані в Таблиці Страхових внесків, слід розуміти відповідно до положень OWU

Розмір щомісячного Страхового внеску залежить від варіанту Страхової суми.

Варіант	A	B
Страхова сума	100 000 зл.	200 000 зл.
Щомісячна частка Страхового платежу	34	49



**OGÓLNE
WARUNKI
UBEZPIECZENIA
„PLAN NA WYPADEK”
indeks: PAH/I/12/2021**



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Ubezpieczyciel zmieniającego się świata

Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS 0000026002. Kapitał zakładowy zagranicznego zakładu ubezpieczeń Cardif- Assurances Risques Divers Societe Anonyme S.A. wg prawa francuskiego, który oddział utworzył, wynosi 21 602 240 euro i jest w pełni opłacony. NIP 526-25-57-344

Drogi Kliencie

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

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



Aby zgłosić roszczenie:

- wypełnij formularz na stronie: www.cardif.pl
- wyślij e-mail na adres: roszczenia@cardif.pl
- wyślij na adres Ubezpieczyciela



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



Telefon: +48 22 529 17 96



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

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	art. 2. w związku z art. 1. ust 1. pkt 11), 13), 21), 30), 31) art. 4. w związku z art. 1. ust 1. pkt 4), 8), 11), 15), 16), 17), 19), 22), 23), 25) art. 10. w związku z art. 1. ust 3), 9), 10), 13), 19), 20), 21), 23), 28), 30), 31), 32)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	art. 14 w związku z art. 1. ust 8), 13), 21), 23), 30), 31)

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia NNW „Plan na wypadek” o indeksie PAH/I/012/2021 (dalej: „OWU” lub „Ogólne Warunki Ubezpieczenia”) mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Cardiff - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym i stanowią jej integralną część.

*Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie OWU.
Zdefiniowane poniżej pojęcia pisane są w tekście OWU z wielkiej litery.*

art. 1 Definicje

1. Pojęcia użyte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia NNW „Plan na wypadek” o indeksie PAH/I/12/2021 oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia mają następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – Bank wykonujący czynności agencyjne na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Bank** – BNP Paribas Bank Polska S.A.;
- 3) **Dzienny ryczałt** – Świadczenie należne za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 4) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający opłacił pierwszą ratę Składki, jednak nie wcześniej niż Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 5) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień wskazany we Wnioskopolisie;
- 6) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - a) w przypadku Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego - dzień Zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - c) w przypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości – dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku, w wyniku którego doszło do Złamania kości;
- 7) **Forma dokumentowa Wnioskopolisu** - oświadczenie woli Ubezpieczającego złożone w postaci dokumentu, w sposób umożliwiający ustalenie tożsamości Ubezpieczającego; dokumentem jest nośnik informacji umożliwiający zapoznanie się z treścią oświadczenia;
- 8) **Miesiąc polisowy** – okres, za który zostanie opłacona rata Składki, równy miesiącowi kalendarzowemu. Pierwszy Miesiąc polisowy zaczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
- 9) **Nieszczęśliwy wypadek** - zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w Okresie ubezpieczenia;
- 10) **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek przy udziale Pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- 11) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na zasadach określonych w OWU;

- 12) **Okres ubezpieczenia** - czas trwania Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego określony w art. 4 i 5 OWU;
- 13) **Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała, będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 1 dzień, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 14) **Pojazd** – samochód, pojazd szynowy, motocykl, ciągnik rolniczy, przyczepa, dopuszczone do ruchu na podstawie przepisów o ruchu drogowym, statek powietrzny zdefiniowany zgodnie z ustawą prawo lotnicze, statek wodny w rozumieniu ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego z wyłączeniem statków użytkowanych w celach sportowych;
- 15) **Rok polisowy** – każde 12 kolejnych Miesięcy polisowych, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
- 16) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia;
- 17) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia wskazana we Wnioskopolisie i stanowiąca podstawę ustalenia wysokości Świadczenia;
- 18) **Szpital** - działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 - godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. Definicja szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- 19) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w OWU w przypadku:
 - a. Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - b. Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
 - c. Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - d. Trwałego Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości;
- 20) **Tabela PTMU** - „Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego

Wypadku” opracowana przez ekspertów z Polskiego Towarzystwa Medycyny Ubezpieczeniowej we współpracy z Polską Izbą Ubezpieczeń, dostępna na stronie www.ptmu.org.pl, będąca podstawą do określenia procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości;

- 21) **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości** – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia w wyniku Złamania kości będącego następstwem Nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, powodujące upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy;
- 22) **Ubezpieczający** – osoba wskazana we Wnioskopolisie, która zawarła Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacenia Składki;
- 23) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający objęty Ochroną ubezpieczeniową, wskazany we Wnioskopolisie;
- 24) **Ubezpieczyciel** – Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa;
- 25) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
- 26) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określona w OWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
- 27) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
- 28) **Wnioskopolisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, złożony:
 - a. w formie pisemnej pod rygorem nieważności, na formularzu Ubezpieczyciela albo
 - b. w Formie dokumentowej;
- 29) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, jeżeli jego zajście powoduje powstanie prawa do Świadczenia;
- 30) **Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego występuje związek przyczynowo - skutkowy;
- 31) **Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, jeśli pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a zgonem Ubezpieczonego występuje związek przyczynowo - skutkowy;
- 32) **Złamanie kości** - medycznie stwierdzone całkowite przerwanie ciągłości tkanki kostnej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Sprawdź, czego dotyczy i co obejmuje Twoje ubezpieczenie.

art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie oraz zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;

- b) Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
- c) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- d) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości;

3. Ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku obejmuje terytorium Unii Europejskiej.

Ubezpieczyciel zawiera Umowę ubezpieczenia z osobami, które spełniają określone warunki i które dokonały określonych czynności. Sprawdź, czy spełniasz wymagania określone przez Ubezpieczyciela.

art. 3 Warunki zawarcia Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z osobą mającą miejsce zamieszkania w Polsce, która w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyła Wiek 18 lat i nie ukończyła 70 lat.
2. Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia wyłączenie na własny rachunek.
3. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem:
 - 1) podpisania przez Ubezpieczającego i upoważnionego przedstawiciela Agenta poprawnie i kompletnie wypełnionej Wnioskopolisy,
 - 2) zobowiązania się Ubezpieczającego do opłacania Składki w terminie wskazanym we Wnioskopolisie.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i przedłuża się na kolejny Rok polisowy o ile żadna ze stron Umowy ubezpieczenia nie złoży, przed upływem bieżącego Roku polisowego, oświadczenia o jej nieprzedłużaniu na kolejny Rok polisowy. Jeżeli, wskutek złożenia oświadczenia przez którąkolwiek ze stron, Umowa ubezpieczenia nie ulegnie przedłużeniu na kolejny Rok polisowy, wówczas Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem bieżącego Roku polisowego.

Sprawdź, kiedy zaczyna się i kończy ubezpieczenie.

art. 4 Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel udziela Ochrony ubezpieczeniowej na okres jednego Roku polisowego, z możliwością przedłużenia na kolejne Lata Polisowe.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do momentu jej wygaśnięcia określonego w ust. 3 poniżej.
3. Umowa ubezpieczenia wygasa w następujących przypadkach:
 - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) w dniu wypłaty Świadczenia lub Świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia;

- a) z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym zostało złożone oświadczenie o wypowiedzeniu, jeżeli wypowiedzenie zostało doręczone Ubezpieczycielowi do 19 dnia danego Miesiąca polisowego,
 - b) z ostatnim dniem Miesiąca polisowego następującego po Miesiącu polisowym, w którym zostało złożone oświadczenie o wypowiedzeniu, jeżeli wypowiedzenie zostało doręczone Ubezpieczycielowi po 19 dniu danego Miesiąca polisowego;
- 4) w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
 - 5) w dniu, w którym upłynął termin na zapłatę raty Składki, wyznaczony przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty;
 - 6) w ostatnim dniu Roku polisowego, w którym Ubezpieczający skutecznie złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy;
 - 7) w ostatnim dniu Roku polisowego, w którym Ubezpieczyciel skutecznie złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy;
 - 8) w ostatnim dniu Roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył Wiek 74 lata;
- w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

art. 5 Kontynuacja Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia jest przedłużana na kolejny Rok polisowy pod warunkiem, że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Rok polisowy, z zastrzeżeniem że Umowa ubezpieczenia nie ulegnie przedłużeniu po Roku polisowym, w którym Ubezpieczony ukończy 74 lata.
2. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia następuje, jeśli Ubezpieczający wpłaci pierwszą ratę Składki z tytułu przedłużonej Umowy ubezpieczenia, w terminie wskazanym w art. 9 ust. 5 OWU.
3. Wysokość Składki jest ustalana zgodnie z art. 9 ust. 1 OWU.

Ubezpieczający może zakończyć Umowę ubezpieczenia przez jej wypowiedzenie lub odstąpienie od niej. Sprawdź, kiedy i jak to zrobić.

art. 6 Odstąpienie, wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi oświadczenie woli w tym zakresie.
3. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu lub odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta jest równoznaczne z otrzymaniem tego oświadczenia przez Ubezpieczyciela.
4. Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może złożyć:

- 1) telefonicznie pod numerem telefonu (22) 529 17 96, od poniedziałku do piątku w godz. 9.00 – 17.00.
- 2) drogą mailową pod adresem: obsluga@cardif.pl;
- 3) pisemnie lub osobiście pod adresem: Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa
- 4) za pośrednictwem Agenta, w każdej placówce BNP Paribas Bank Polska S.A., obsługującej klientów.
5. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

Sprawdź, jakie są obowiązki Ubezpieczającego. Ich spełnienie jest konieczne, by Ubezpieczyciel (w razie zajścia Zdarzenia) mógł wypłacić Świadczenie.

art. 7 Obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia Składki na zasadach określonych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczający ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych, w szczególności zmianie adresu zamieszkania.

Sprawdź, jakie są obowiązki Ubezpieczyciela względem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.

art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do realizacji Świadczenia w wysokości i na zasadach opisanych w OWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji związanych z Umową ubezpieczenia, w szczególności danych osobowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego.

Sprawdź, jakie są zasady ustalania wysokości i opłacania Składki.

art. 9 Składka

1. Wysokość Składki ustala się według taryfy Składek obowiązującej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, stosownie do wybranego przez Ubezpieczającego wariantu Sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość Składki wskazana jest we Wnioskopolisie oraz w Tabeli Składek stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU.
3. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w ratach miesięcznych, na wskazany przez Ubezpieczyciela indywidualny numer rachunku bankowego.
4. Pierwszą ratę Składki należy opłacić najpóźniej do końca miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu w którym zawarto Umowę ubezpieczenia. Nieopłacenie pierwszej raty Składki we wskazanym terminie spowoduje rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.
5. Kolejne raty Składki należy opłacać do 20-ego dnia miesiąca kalendarzowego z góry za następny miesiąc kalendarzowy Ochrony ubezpieczeniowej (Miesiąc polisowy). W razie braku wpłaty raty Składki w wyznaczonym terminie Ubezpieczyciel wzywa Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania. Nieopłacenie raty Składki

- w tym dodatkowym terminie spowoduje wygaśnięcie Umowy ubezpieczenia oraz Ochrony ubezpieczeniowej z upływem dodatkowego terminu na opłacenie raty Składki.
6. Dniem zapłaty raty Składki jest dzień, w którym rata Składki w pełnej należnej wysokości zostanie zaksięgowana na rachunku Ubezpieczyciela.

! Wysokość Świadczenia zależy od Sumy ubezpieczenia. Zawsze możesz sprawdzić we Wnioskopolisie jaka jest Twoja Suma ubezpieczenia.

art. 10 Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia

1. Suma ubezpieczenia wskazana jest we Wnioskopolisie.
2. W przypadku **Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Z tytułu **Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego** Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, niezależnie od Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przysługuje, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną zgonu Ubezpieczonego.
5. Prawo do Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przysługuje, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego będącego przyczyną zgonu Ubezpieczonego.
6. Z tytułu **Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczyciel wypłaci Dzienny ryczałt za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w Szpitalu zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem ubezpieczenia.
7. Świadczenie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przysługuje za okres maksymalnie 180 dni z tytułu jednego Nieszczęśliwego wypadku.
8. Z tytułu wystąpienia **Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości** Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie równe iloczynowi ustalonego procentu uszczerbku na zdrowiu i 60% Sumy ubezpieczenia.
9. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości ustalany jest przez Ubezpieczyciela, w oparciu o Tabelę PTMU, po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, na podstawie dokumentacji medycznej.
10. Jeżeli wskutek Złamania uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej uszkodzone, procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości określa się jako różnicę między stanem po wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
11. W celu ustalenia stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości Ubezpieczyciel ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
12. Koszt badań, o których mowa w ust. 11, ponosi Ubezpieczyciel.

13. Jeżeli po ustaleniu wysokości Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości i spełnieniu Świadczenia nastąpi pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel ponownie ustali wysokość Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości 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.
14. Prawo do Świadczenia przysługuje, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości wystąpił nie później niż w okresie 180 dni od dnia wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
15. Łączna wysokość Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości nie może przekroczyć 60% Sumy ubezpieczenia.
16. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości a następnie zmarł na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie z tytułu Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zostanie pomniejszone o kwotę Świadczenia wypłaconego wcześniej z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości.

Sprawdź, w jaki sposób możesz zgłosić roszczenie.

art. 11 Sposób zgłaszania Zdarzeń oraz wypłaty Świadczeń

1. Zajście Zdarzenia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone Ubezpieczycielowi poprzez:
 - 1) wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl lub
 - 2) wysłanie zawiadomienia na adres: roszczenia@cardif.pl lub
 - 3) przekazanie wniosku o wypłatę Świadczenia pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela
 - 4) za pośrednictwem Agenta, np. na formularzu zgłoszenia roszczeniaoraz dołączenie dokumentów wskazanych w OWU.
2. Wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia powinny być oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez pracowników lub pełnomocników Banku lub przez uprawniony do tego organ). Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
4. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 3, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 3.
5. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia w terminie określonym w ust. 3 lub 4, powinien zawiadomić na piśmie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części osobę zgłaszającą roszczenie oraz powinien wypłacić bezsporną część Świadczenia.

6. W przypadku gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel przekazuje pisemną informację osobie występującej z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 3 i 4. Ubezpieczyciel wskazuje okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oraz Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest wypłacane Uposażonym, wskazanym przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie, w częściach zgodnych ze wskazaniem Ubezpieczonego.
9. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w Świadczeniu uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w Świadczeniu poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego.
10. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub, gdy żaden z Uposażonych w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do Świadczenia, uprawnionymi do otrzymania Świadczenia są członkowie rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego,
 - 2) jeśli brak małżonka Ubezpieczonego – dzieci Ubezpieczonego, które otrzymują Świadczenie w częściach równych,
 - 3) jeśli brak dzieci i małżonka Ubezpieczonego – rodzice Ubezpieczonego, którzy otrzymują Świadczenie w częściach równych,
 - 4) jeśli brak rodziców, dzieci i małżonka Ubezpieczonego – rodzeństwo Ubezpieczonego, które otrzymuje Świadczenie w częściach równych,
 - 5) jeśli brak osób wymienionych powyżej – spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa, którzy otrzymują Świadczenie w częściach równych ich udziałowi w spadku.
11. Świadczenie z tytułu z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości wypłacane jest Ubezpieczonemu.
12. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Uposażonego lub Ubezpieczonego.

art. 12 Dokumenty wymagane w celu zgłoszenia roszczenia

W celu zgłoszenia roszczenia należy przekazać Ubezpieczycielowi:

z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	<ol style="list-style-type: none"> 1) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego; 2) dokument określający przyczynę i okoliczności zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok, dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego); 3) dokument potwierdzający wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raportu policyjnego, stosownego postanowienia prokuratora, protokołu z wypadku lub opisu zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty Zdarzenia), 4) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia. 5) dokumenty potwierdzające tożsamość osób, o których mowa w artykule 11 ust. 8-10 .
z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	<ol style="list-style-type: none"> 1) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego; 2) dokument określający przyczynę i okoliczności zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok, dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego); 3) dokument potwierdzający wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raportu policyjnego, stosownego postanowienia prokuratora, protokołu z wypadku lub opisu zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty Zdarzenia), 4) dokument potwierdzający dopuszczenie Pojazdu do ruchu oraz dokument potwierdzający uprawnienia do kierowania Pojazdem – w przypadku, gdy Ubezpieczony był prowadzącym Pojazd, 5) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia. 6) dokumenty potwierdzające tożsamość osób, o których mowa w artykule 11 ust. 8-10.

<p>z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (np.: karta informacyjna leczenia szpitalnego lub inny dokument, który wystawia Szpital w trakcie trwania pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu), 2) dokument potwierdzający wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raportu policyjnego, stosownego postanowienia prokuratora, protokołu z wypadku lub opisu zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty Zdarzenia), 3) dokument potwierdzający dopuszczenie Pojazdu do ruchu oraz dokument potwierdzający uprawnienia do kierowania Pojazdem – w przypadku, gdy Ubezpieczony był prowadzącym Pojazd, 4) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia. 5) dokument poświadczający tożsamość Ubezpieczonego.
<p>z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) dokument potwierdzający wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raport policyjny, postanowienie prokuratora, protokół z wypadku) lub opis zawierający informacje dotyczące okoliczności oraz daty Zdarzenia, 2) dokument potwierdzający dopuszczenie Pojazdu do ruchu oraz dokument potwierdzający uprawnienia do kierowania Pojazdem – w przypadku, gdy Ubezpieczony był prowadzącym Pojazd, 3) dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji, 4) zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji, 5) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia. 6) dokument poświadczający tożsamość Ubezpieczonego.

art. 13 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku przyczynowym z:

(Znak „X” oznacza wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela)

	Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Złamania kości
1) próbą samobójstwa;				X
2) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;	X	X	X	X
3) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;	X	X	X	X
4) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;	X	X	X	X
5) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;	X	X	X	X
6) wykonywaniem standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba że praktyki te były wykonane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego, w celu jego ratowania;				X
7) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu (nie dotyczy to braku aktualnych badań technicznych pojazdu,		X	X	X

chyba że przyczyną wypadku komunikacyjnego był stan techniczny pojazdu);				
8) Niestety wypadkiem komunikacyjnym niezgłoszonym na policję;		×		
9) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;			×	×
10) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.	×	×		

Zapoznaj się z zasadami opodatkowania Świadczeń.

art. 14 Opodatkowanie Świadczeń

- Świadczenia z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
- W przypadku osób fizycznych Świadczenia podlegają opodatkowaniu zgodnie z postanowieniami art. 21 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 1128 z późn. zm.).
- W przypadku osób prawnych Świadczenia podlegają opodatkowaniu zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 1800 z późn. zm.).

Możesz się do nas zwrócić w przypadku niezadowolenia z naszych usług.

Poznaj zasady składania i rozpatrywania reklamacji.

art. 15 Rozpatrywanie reklamacji

- Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa lub przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem na adres: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
- Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1. Na żądanie osoby składającej reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji i udzielenia odpowiedzi.

- Osobie fizycznej składającej reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
- Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

*Jeśli nie można zakończyć polubownie sporu z Ubezpieczycielem, zawsze otwarta jest droga dochodzenia roszczeń w sądzie.
Poznaj zasady dotyczące sądowego dochodzenia roszczeń.*

art. 16 Sąd właściwy i rozstrzyganie sporów

- W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
- Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
- Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE konsument może skorzystać z platformy internetowej rozstrzygania sporów (platforma ODR), która jest dostępna pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

art. 17 System monetarny

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej Umowy

ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

art. 18 Postanowienia końcowe

1. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (tekst jednolity: Dz. U. 2021 r. poz. 672) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia NNW „Plan na wypadek” o indeksie PAH/I/12/2021 zatwierdzone przez Reprezentanta zagranicznego przedsiębiorcy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział

w Polsce uchwałą z dnia 22.11.2021 roku, wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2021 roku.

3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.



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

Załącznik nr 1 do OWU

Tabela Składek do Ubezpieczenia NNW „Plan na wypadek” o indeksie PAH/I/12/2021

Niniejsza Tabela Składek ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.12.2021 r. na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia NNW „Plan na wypadek” o indeksie PAH/I/12/2021.

Terminy użyte w Tabeli Składek należy rozumieć zgodnie z zapisami OWU

Wysokość miesięcznej raty Składki w zależności od wariantu Sumy ubezpieczenia.

Wariant	A	B
Suma ubezpieczenia	100.000 zł	200.000 zł
Miesięczna rata Składki	34	49