

„SPOKOJNA GŁOWA” OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

- | | | |
|-------------------------------------|---|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Spokojna Głowa” o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018 | 2 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Zgonu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku o indeksie L/SG/DEATHACC/07/2018 | 8 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy o indeksie L/SG/DISABALL/07/2018 | 10 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku o indeksie L/SG/DISABACC/07/2018 | 12 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Poważnego Zachorowania o indeksie L/SG/CRITILL/07/2018 | 14 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Pobytu w Szpitalu o indeksie L/SG/HOSPIALL/07/2018 | 17 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Pobytu w Szpitalu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku o indeksie L/SG/HOSPIACC/07/2018 | 19 |



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Ubezpieczyciel
zmieniającego
się świata

Drogi Kliencie,

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

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

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

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „SPOKOJNA GŁOWA” o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018

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

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

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

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „SPOKOJNA GŁOWA” o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018 mają zastosowanie do indywidualnej Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej umowy.

Słowa, których definicje znalazły się w art.1, mają szczególne znaczenie dla określenia zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Zostały one użyte w treści ogólnych warunków ubezpieczenia w znaczeniu nadanym im przez definicje.

Dlatego zapoznanie się z definicjami umożliwi Ci właściwe zrozumienie ogólnych warunków ubezpieczenia.

Pojęcia zdefiniowane w art. 1 pisane są w tekście ogólnych warunków ubezpieczenia z wielkiej litery.

Czytając poszczególne artykuły upewnij się, co znaczą te pojęcia zgodnie z definicjami zawartymi w art.1.

ART 1. DEFINICJE

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „SPOKOJNA GŁOWA” o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018 (dalej określanych jako OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, wymienione poniżej pojęcia mają następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – podmiot będący agentem ubezpieczeniowym, wykonujący czynności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Choroba** – reakcja ludzkiego ciała na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynności ciała lub zmian organicznych w całym organizmie człowieka lub w jego częściach, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 3) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień wskazany we Wnioskopolisie;
- 4) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w Okresie ubezpieczenia;
- 5) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu na zasadach określonych w OWU;
- 6) **OWUD** – odpowiednie Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego;

- 7) **Okres ubezpieczenia** – czas udzielania Ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela, wskazany jest we Wnioskopolisie;
- 8) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczający lub inna osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia, w tym również Uposażony;
- 9) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
- 10) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia. Wysokość i termin wymagalności Składki zostały określone we Wnioskopolisie;
- 11) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana we Wnioskopolisie, stanowiąca maksymalną odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Zdarzenia, będąca podstawą ustalenia wysokości Świadczenia;
- 12) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w OWU w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 13) **Ubezpieczający** – podmiot wskazany we Wnioskopolisie, który zawarł Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązany do opłacenia Składki; Jeżeli Ubezpieczający ubezpiecza swoje życie, jest jednocześnie Ubezpieczonym;
- 14) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem Umowy ubezpieczenia;
- 15) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2;
- 16) **Ubezpieczenie dodatkowe** – integralna część Umowy ubezpieczenia rozszerzająca na wniosek Ubezpieczającego zakres Ochrony ubezpieczeniowej, na zasadach określonych w odpowiednich OWUD;
- 17) **Ubezpieczenie podstawowe** – ubezpieczenie oferowane w ramach niniejszych OWU;
- 18) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU albo na podstawie niniejszych OWU i OWUD, które wraz z Wnioskopolisą stanowią jej integralną część;
- 19) **Uposażony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego albo – w przypadku braku takiego podmiotu – podmiot wskazany w OWU, uprawniony do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego;
- 20) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
- 21) **Wnioskopolisa** – dokument stanowiący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz dokument który z Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia staje się dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający wyraża zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
- 22) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU lub w OWUD, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, jeżeli jego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o Świadczenie;
- 23) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego z jakiegokolwiek przyczyny.



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

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko Zgonu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.
3. Z tytułu ryzyka Zgonu Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca swego pobytu.
4. Ubezpieczający może rozszerzyć zakres Umowy ubezpieczenia o ryzyka dodatkowe, określone w odpowiednich OWUD. Rozszerzenie zakresu Umowy ubezpieczenia o Ubezpieczenia dodatkowe nie stanowi zawarcia odrębnych Umów ubezpieczenia.
5. W trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.



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 jest zawierana na podstawie poprawnie wypełnionej i podpisanej przez Ubezpieczającego oraz Ubezpieczyciela Wnioskopolisy.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia osiągnął Wiek 18 lat.
3. Umowa nie może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, którego Wiek łącznie z Okresem ubezpieczenia przekracza 70 lat.
4. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje wówczas, gdy zająd wszystkie wskazane niżej okoliczności:
 - 1) podpisanie przez Agenta poprawnie i kompletnie wypełnionej i podpisanej przez Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego Wnioskopolisy;
 - 2) zobowiązanie się Ubezpieczającego do opłacania Składki w terminie wskazanym we Wnioskopolisie; pod warunkiem zaakceptowania przez Ubezpieczyciela wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
5. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, wskazany we Wnioskopolisie.



*Postanowienie to określa, od kiedy i do kiedy trwa ubezpieczenie (ochrona ubezpieczeniowa).
Okres ubezpieczenia możesz zawsze sprawdzić we wnioskopolisie.
Zwróć uwagę, że zawarcie umowy ubezpieczenia nie jest równoznaczne z rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
Zwróć również uwagę na to, kiedy kończy się ochrona ubezpieczeniowa.*

ART 4. CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się następnego dnia po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, a kończy w terminie wskazanym we Wnioskopolisie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Zgonu rozpoczyna się następnego dnia po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie do dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia wskazanego we Wnioskopolisie. Wyjątkowo jednak wygaśnie ona wcześniej w następujących przypadkach:
 - a) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie doręczył Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu;
 - c) w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie doręczył Ubezpieczycielowi oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia;
 - d) w dniu, w którym Ubezpieczony skutecznie doręczył Ubezpieczycielowi pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - e) w dniu skutecznego wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela, w przypadku gdy Składka nie została zapłacona w terminie wskazanym we Wnioskopolisie;- w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.



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

ART 5. WYPOWIEDZENIE, Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Rezygnacja z Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na jego rzecz na podstawie Umowy ubezpieczenia w każdym czasie składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie.
4. Odstąpienie, wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia lub rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczne z dniem, w którym Ubezpieczyciel je otrzymał.
5. Odstąpienie, wypowiedzenie lub rezygnacja z Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona Składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej).



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

ART 6. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są zobowiązani podpisać Wnioskopolisę na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym przez Agenta.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.



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

ART 7. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia w wysokości i na zasadach opisanych w OWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać udzielenia odpowiedzi na pytania o stan zdrowia Ubezpieczonego oraz przeprowadzenia badania lekarskiego w celu stwierdzenia stanu zdrowia Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia oraz w celu ustalenia prawa do Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji związanych z Umową ubezpieczenia, w szczególności danych osobowych Ubezpieczonego i Uposażonego.



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

ART 8. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość Składki ustala się według taryfy Składek obowiązującej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość Składki jest wskazana we Wnioskopolisie i uzależniona od zakresu ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia, Wzrostu Ubezpieczonego oraz od długości trwania Okresu ubezpieczenia.
3. Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia, na wskazany przez Ubezpieczyciela indywidualny numer rachunku bankowego.
4. Nieopłacenie Składki w terminie określonym we Wnioskopolisie spowoduje wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela ze skutkiem natychmiastowym i wygaśnięcie Ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ubezpieczającemu przysługują zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.



*Wysokość świadczenia zależy od sumy ubezpieczenia.
Zawsze możesz sprawdzić we wnioskopolisie jaka jest Twoja suma ubezpieczenia.*

ART 9. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu wskazana jest we Wnioskopolisie.
2. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia.



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

ART 10. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest niezwłoczne przekazanie Ubezpieczycielowi przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:
 - odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - dokumentu określającego przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp);
 - jeżeli przyczyną Zdarzenia był Nieszczęśliwy wypadek - dokumentu opisującego okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia Ubezpieczonego;
 - innych dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia;
2. Wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia powinny być oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. Świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego jest wypłacane Uposażonym, wskazanym przez Ubezpieczającego we Wnioskopolisie, w częściach zgodnych ze wskazaniem Ubezpieczającego.
4. 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 Ubezpieczającego.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie wskazał Uposażonych lub, gdy żaden z Uposażonych w dniu Zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do Świadczenia, uprawnionymi do otrzymania Świadczenia są członkowie rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonek Ubezpieczonego,
 - b) jeśli brak współmałżonka Ubezpieczonego - dzieci Ubezpieczonego, które otrzymują Świadczenie w częściach równych,
 - c) jeśli brak dzieci i współmałżonka Ubezpieczonego - rodzice Ubezpieczonego, którzy otrzymują Świadczenie w częściach równych,
 - d) jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka Ubezpieczonego - rodzeństwo Ubezpieczonego, które otrzymuje Świadczenie w częściach równych,
 - e) jeśli brak osób wymienionych powyżej - spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa, którzy otrzymują Świadczenie w częściach równych ich udziałowi w spadku.
6. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego.



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

ART 11. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

- a) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszych dwóch lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- b) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- d) 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;
- e) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.



Poznaj zasady opodatkowania świadczeń z umowy ubezpieczenia.

ART 12. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 2032 z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1888 z późn. zm.).



*Masz prawo wyrazić niezadowolenie z działań ubezpieczyciela poprzez złożenie reklamacji.
Poznaj zasady składania i rozpatrywania reklamacji.*

ART 13. ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamację można złożyć w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów.
2. Reklamacja może być złożona:
 - a) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Ubezpieczyciela przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. poz. 1529 oraz z 2015 r. poz. 1830),
 - b) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów, o której mowa w pkt. a),
 - c) e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
3. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia Osoba składająca Reklamację może wnieść odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
6. Osobie fizycznej składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub zwrócenia się do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
8. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.



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

ART 14. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

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

ART 15. SYSTEM MONETARNY

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

ART 16. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia „SPOKOJNA GŁOWA” o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 02 lipca 2018, wchodzi w życie z dniem 02 lipca 2018.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Grzegorz Jurczyk Prezes Zarządu	Pierre-Alexis BRABIS Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

na wypadek ZGONU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU o indeksie L/SG/DEATHACC/07/2018
do OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA "SPOKOJNA GŁOWA" o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018

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

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

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

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (dalej zwane „Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego” lub „OWUD”) stanowią rozszerzenie zakresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „SPOKOJNA GŁOWA” o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018, zwanych dalej „OWU” i nie stanowią samodzielnej podstawy zawarcia Umowy ubezpieczenia, aczkolwiek łącznie z OWU są jej integralną częścią.

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

ART 1. DEFINICJE

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

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Dzień zajścia zdarzenia przypada w okresie udzielania Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
3. Z tytułu ryzyka Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca swego pobytu.
4. W trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.



Pamiętaj, że ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

ART 3. WARUNKI ZAWARCIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wyłącznie jako rozszerzenie zakresu Umowy ubezpieczenia i jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane w tym samym czasie i trybie co Ubezpieczenie podstawowe, na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia.



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

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

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie do dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia wskazanego we Wnioskopisie. Wyjątkowo jednak wygaśnie ona wcześniej w następujących przypadkach:

- a) w każdym przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego;
- b) w dniu podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

ART 5. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

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

ART 6. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

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



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

ART 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

- a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- c) 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;
- d) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- e) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.

ART 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się postanowienia OWU oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku o indeksie L/SG/DEATHACC/07/2018 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 02 lipca 2018, wchodzi w życie z dniem 02 lipca 2018.

Grzegorz Jurczyk Prezes Zarządu	Pierre-Alexis BRABIS Członek Zarządu
------------------------------------	---

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

na wypadek TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY o indeksie L/SG/DISABALL/07/2018
do OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA "SPOKOJNA GŁOWA" o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018

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

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

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

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (dalej zwane „Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego” lub „OWUD”) stanowią rozszerzenie zakresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „SPOKOJNA GŁOWA” o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018, zwanych dalej „OWU”, i nie stanowią samodzielnej podstawy zawarcia Umowy ubezpieczenia, aczkolwiek łącznie z OWU są jej integralną częścią.

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

ART 1. DEFINICJE

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

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli Data zajścia zdarzenia przypada w okresie udzielania Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
3. Z tytułu ryzyka Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca swego pobytu.
4. W trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.



Pamiętaj, że ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

ART 3. WARUNKI ZAWARCIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wyłącznie jako rozszerzenie zakresu Umowy ubezpieczenia i jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane w tym samym czasie i trybie co Ubezpieczenie podstawowe, na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia.



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

ART 4. CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

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

ART 5. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

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

ART 6. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

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



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

ART 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

- a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- c) 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;
- d) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- e) próbą samobójstwa;
- f) samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.

ART 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się postanowienia OWU oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy o indeksie L/SG/DISABALL/07/2018 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 02 lipca 2018, wchodzą w życie z dniem 02 lipca 2018.

Grzegorz Jurczyk Prezes Zarządu	Pierre-Alexis BRABIS Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
na wypadek TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO
WYPADKU o indeksie L/SG/DISABACC/07/2018
do OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA "SPOKOJNA GŁOWA" o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018

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

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

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

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (dalej zwane „Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego” lub „OWUD”) stanowią rozszerzenie zakresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „SPOKOJNA GŁOWA” o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018, zwanych dalej „OWU”, i nie stanowią samodzielnej podstawy zawarcia Umowy ubezpieczenia, aczkolwiek łącznie z OWU są jej integralną częścią.

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

ART 1. DEFINICJE

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

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Dzień zajścia zdarzenia przypada w okresie udzielania Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
3. Z tytułu ryzyka Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca swego pobytu.
4. W trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.



Pamiętaj, że ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

ART 3. WARUNKI ZAWARCIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wyłącznie jako rozszerzenie zakresu Umowy ubezpieczenia i jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane w tym samym czasie i trybie co Ubezpieczenie podstawowe, na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia.



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

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

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

ART 5. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wskazana jest we Wnioskopolisie.
2. W przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia.

ART 6. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

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



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

ART 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

- a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- c) 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;
- d) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- e) próbą samobójstwa;
- f) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.

ART 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się postanowienia OWU oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku o indeksie L/SG/DISABACC/07/2018 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 02 lipca 2018, wchodzi w życie z dniem 02 lipca 2018.

Grzegorz Jurczyk Prezes Zarządu	Pierre-Alexis BRABIS Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO na wypadek POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
o indeksie L/SG/CRITILL/07/2018
do OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA "SPOKOJNA GŁOWA" o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018

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

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

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

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania (dalej zwane „Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego” lub „OWUD”) stanowią rozszerzenie zakresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „SPOKOJNA GŁOWA” o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018, zwanych dalej „OWU”, i nie stanowią samodzielnej podstawy zawarcia Umowy ubezpieczenia aczkolwiek łącznie z OWU są jej integralną częścią.

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

ART 1. DEFINICJE

1. W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego wymienione poniżej pojęcia mają następujące znaczenie:

1) **Dzień zajścia Zdarzenia** –

- w odniesieniu do wystąpienia nowotworu złośliwego (raka), zawału serca, udaru mózgu lub niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej Choroby z opisem Choroby wskazanym w niniejszych OWUD,
- w odniesieniu do operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu,
- w odniesieniu do przeszczepu narządów – jeden z dwóch dni: dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania zabiegu przeszczepu;

2) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:

- a) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z Ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są jednak:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;

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

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, jeżeli Dzień zajścia Zdarzenia przypada w okresie udzielania Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
3. Z tytułu ryzyka Poważnego zachorowania Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca swego pobytu.
4. W trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.



Pamiętaj, że ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

ART 3. WARUNKI ZAWARCIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wyłącznie jako rozszerzenie zakresu Umowy ubezpieczenia i jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane w tym samym czasie i trybie co Ubezpieczenie podstawowe, na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia.



*Zwróć uwagę na karencję w rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej.
Pamiętaj, że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w każdym przypadku wygaśnięcia ochrony z tytułu ubezpieczenia podstawowego oraz w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia w ramach danego ryzyka.*

ART 4. CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

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

ART 5. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania wskazana jest we Wnioskopolisie.
2. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia.

ART 6. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

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



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

ART 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

- a) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- c) 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;
- d) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

ART 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się postanowienia OWU oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania o indeksie L/SG/CRITILL/07/2018 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 02 lipca 2018, wchodzi w życie z dniem 02 lipca 2018.

Grzegorz Jurczyk Prezes Zarządu	Pierre-Alexis BRABIS Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
na wypadek POBYTU W SZPITALU o indeksie L/SG/HOSPIAL/07/2018

do OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA "SPOKOJNA GŁOWA" o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018

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

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

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

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu (dalej zwane „Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego” lub „OWUD”) stanowią rozszerzenie zakresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „SPOKOJNA GŁOWA” o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018, zwanych dalej „OWU” i nie stanowią samodzielnej podstawy zawarcia Umowy ubezpieczenia, aczkolwiek łącznie z OWU są jej integralną częścią.

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

ART 1. DEFINICJE

- W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego wymienione poniżej pojęcia mają następujące znaczenie:
 - Dzień zajścia Zdarzenia** – dzień przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Niezależnego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
 - 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 pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną; Szpitalami nie są: domy opieki, ośrodki dla psychicznie chorych lub ośrodki leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicja, placówki, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitale rehabilitacyjne, szpitalne oddziały rehabilitacyjne, ośrodki rekonwalescencyjne, rehabilitacyjne, sanatoryjne, szpitale sanatoryjne, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodki wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.
 - Świadczenie miesięczne** - kwota wskazana we Wnioskopolisie, wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w OWUD w przypadku zajścia Zdarzenia;
- Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego nadaje się znaczenie przyjęte w OWU.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego, jeżeli Dzień zajścia Zdarzenia przypada w okresie udzielania Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
- Z tytułu ryzyka Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na terenie Unii Europejskiej.
- W trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.



Pamiętaj, że ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

ART 3. WARUNKI ZAWARCIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

- Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wyłącznie jako rozszerzenie zakresu Umowy ubezpieczenia i jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane w tym samym czasie i trybie co Ubezpieczenie podstawowe, na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia.



*Zwróć uwagę na karencję w rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej.
Pamiętaj, że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w każdym przypadku wygaśnięcia ochrony z tytułu ubezpieczenia podstawowego oraz w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia w ramach danego ryzyka.*

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

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

ART 5. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

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

ART 6. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

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



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

ART 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

- próbą samobójstwa,
- 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;
- usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- 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;
- skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- samoekaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności.

ART 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się postanowienia OWU oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu o indeksie L/SG/DISABALL/07/2018 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 02 lipca 2018 roku, wchodzi w życie z dniem 02 lipca 2018 roku.

Grzegorz Jurczyk Prezes Zarządu	Pierre-Alexis BRABIS Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
na wypadek POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
o indeksie L/SG/HOSPIACC/07/2018

do OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA "SPOKOJNA GŁOWA" o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018

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

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

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

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (dalej zwane „Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego” lub „OWUD”) stanowią rozszerzenie zakresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „SPOKOJNA GŁOWA” o indeksie L/SG/DEATHALL/07/2018, zwanych dalej „OWU” i nie stanowią samodzielnej podstawy zawarcia Umowy ubezpieczenia, aczkolwiek łącznie z OWU są jej integralną częścią.

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

ART 1. DEFINICJE

1. W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego wymienione poniżej pojęcia mają następujące znaczenie:
 - 1) **Dzień zajścia Zdarzenia** – dzień przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
 - 3) **Szpital** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną; Szpitalami nie są: domy opieki, ośrodki dla psychicznie chorych lub ośrodki leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicja, placówki, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitale rehabilitacyjne, szpitalne oddziały rehabilitacyjne, ośrodki rekonwalescencyjne, rehabilitacyjne, sanatoryjne, szpitale sanatoryjne, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodki wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
 - 4) **Świadczenie miesięczne** – kwota wskazana we Wnioskopolisie, wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w OWUD w przypadku zajścia Zdarzenia;
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego nadaje się znaczenie przyjęte w OWU.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Dzień zajścia Zdarzenia przypada w okresie udzielania Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
3. Z tytułu ryzyka Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na terenie Unii Europejskiej.
4. W trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie ulega zmianie.



Pamiętaj, że ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

ART 3. WARUNKI ZAWARCIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte wyłącznie jako rozszerzenie zakresu Umowy ubezpieczenia i jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane w tym samym czasie i trybie co Ubezpieczenie podstawowe, na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia.



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

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

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

ART 5. SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

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

ART 6. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

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



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

ART 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

- a) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- c) 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;
- d) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- e) samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.

ART 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się postanowienia OWU oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku o indeksie L/SG/DISABACC/07/2018 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 02 lipca 2018, wchodzą w życie z dniem 02 lipca 2018.



Grzegorz Jurczyk
Prezes Zarządu



Pierre-Alexis BRABIS
Członek Zarządu

ZAPRASZAMY DO KONTAKTU



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



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



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



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



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