

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na rzecz Klientów Banku BPH S.A. „Bezpieczne Rachunki”

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na rzecz Klientów Banku BPH S.A. „Bezpieczne Rachunki” (zwane dalej: „**OWU**”) mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego na rzecz Klientów Banku BPH S.A. - Polisa BPH-TM-1 (zwanej dalej: „**Umową Ubezpieczenia**”) zawartej pomiędzy Bankiem BPH S.A. (zwanym dalej: „**Ubezpieczającym**”) a Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, (zwanym dalej: „**Ubezpieczycielem**”).

Na podstawie niniejszych OWU Ubezpieczyciel zobowiązuje się wypłacić Ubezpieczonemu lub Uposażonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości i na warunkach określonych w niniejszych OWU w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, za co Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składki ubezpieczeniowej, w terminach określonych w umowie ubezpieczenia.

Celem ubezpieczenia jest zabezpieczenie bieżących prywatnych zobowiązań płatniczych Ubezpieczonego jak np. płatności za prąd, telefon, czynsz, ubezpieczenia, na wypadek wystąpienia zdarzeń określonych w niniejszych OWU.

§ 2 DEFINICJE

1. Użytych w OWU, oraz wszelkich innych dokumentach składających się na treść umowy ubezpieczenia terminom nadano następujące znaczenia:
 - 1) **Centrum operacyjne** - przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający świadczeń assistance, o których mowa w § 9 OWU;
 - 2) **Czasowa niezdolność do pracy** - stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie pracy zarobkowej, potwierdzony zaświadczeniem lekarskim wystawionym zgodnie z przepisami o orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy;
 - 3) **Nieszczęśliwy wypadek** - zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 4) **Organ rentowy** - Zakład Ubezpieczeń Społecznych (zwany dalej: „**ZUS**”) lub Kasa Rolniczych Ubezpieczeń Społecznych (zwana dalej: „**KRUS**”);
 - 5) **Płacówka medyczna** - szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 6) **Rachunek Oszczędnościowo-Rozliczeniowy** (zwany dalej: „**ROR**”) - prowadzony w walucie polskiej dla osób fizycznych o pełnej zdolności do czynności prawnych oraz osób małoletnich, które ukończyły 13 rok życia. Rachunek służy jego Posiadaczowi do gromadzenia wkładów oszczędnościowych, przeprowadzania rozliczeń pieniężnych za wyjątkiem rozliczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, o ile akty wyższego rzędu nie stanowią inaczej, oraz korzystania z innych usług ofertowych przez Bank na warunkach określonych w odrębnych uregulowaniach;
 - 7) **Świadczenia assistance dodatkowe** -
 - a) usługi medyczne polegające na dostępie do infolinii medycznej świadczącej zdrowotne usługi informacyjne,
 - b) usługi polegające na dostępie do infolinii dla osób, które utraciły stałe źródło dochodu;
 - 8) **Świadczenia assistance podstawowe** -
 - a) wizyta pielęgniarki - zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego,
 - b) pomoc domowa - zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej minimum 3 dni,
 - c) dostarczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego sprzętu rehabilitacyjnego i leków zaordynowanych przez lekarza - jeżeli Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego przebywa na zwolnieniu lekarskim wymagającym leżenia;
 - 9) **Ubezpieczający** - Bank BPH S.A.;
 - 10) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową; Ubezpieczonym jest osoba, która zawarła Umowę o produkt bankowy z Ubezpieczającym;
 - 11) **Ubezpieczyciel** - Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce;
 - 12) **Umowa o usługi bankowe** - umowa zawierana pomiędzy Ubezpieczającym a Posiadaczem rachunku ROR lub/i limitu w Saldzie Debetowym, która to umowa określa wysokość przyznanego limitu w Saldzie Debetowym, jak i inne warunki prowadzenia ROR na rzecz Posiadacza rachunku;
 - 13) **Uposażony** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka nie posiadająca osobowości prawnej uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 14) **Utrata stałego źródła dochodu** - zdarzenie polegające na utracie pracy świadczonej na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony, wskutek rozwiązania jej przez pracodawcę w rozumieniu przepisów prawa pracy, w wyniku czego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w niniejszych OWU;
 - 15) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - jedno ze zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia, zgodnie z niniejszymi OWU, które powoduje powstanie prawa do wystąpienia z roszczeniem o wypłatę świadczenia, pod warunkiem, że zaistniało w okresie udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela odpowiednio: zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku; utrata stałego źródła dochodu; czasowa niezdolność do pracy oraz w przypadku świadczeń assistance podstawowych: nieszczęśliwy wypadek a w przypadku świadczeń assistance dodatkowych: nieszczęśliwy wypadek, choroba albo utrata stałego źródła dochodu.

§ 3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko utraty stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego w okresie

Mud

Uwrot

odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

2. Ryzyka, które mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową zależą od źródła uzyskiwania dochodu przez Ubezpieczonego tj.:
 - 1) w przypadku osób zatrudnionych, w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, na podstawie stosunku pracy zawartego na czas nieokreślony - utrata stałego źródła dochodu;
 - 2) w przypadku osób zatrudnionych, w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, na podstawie stosunku pracy zawartego na czas określony - czasowa niezdolność do pracy;oraz niezależnie od źródła uzyskiwania dochodu: zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku, dostęp do świadczeń assistance.
3. W zależności od wariantu ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości określonej w ust. 5 poniżej, z zastrzeżeniem wyłączeń określonych w niniejszych OWU.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia polega na:
 - 1) wypłacie Uposażonemu świadczenia, o którym mowa w § 6, w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia, o którym mowa w § 7, w przypadku utraty stałego źródła dochodu,
 - 3) wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia, o którym mowa w § 8, w przypadku powstania czasowej niezdolności do pracy,
 - 4) zapewnieniu Ubezpieczonemu dostępu do świadczeń assistance, o których mowa w § 9 OWU.
5. Wysokość świadczeń zależy od wariantu ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczonego i zgodnie z poniższą tabelą wynosi:

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia			
	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4
Zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie jednorazowe	4500 zł	7200 zł	9000 zł	9000 zł
Utrata stałego źródła dochodu - świadczenia miesięczne	500 zł*	800 zł*	1000 zł*	1500 zł*
Czasowa niezdolność do pracy - świadczenia miesięczne	500 zł**	800 zł**	1000 zł**	1500 zł**
Świadczenia assistance	Zgodnie z postanowieniami § 9 OWU***			

* nie więcej niż 75 % uposażenia netto z ostatniego miesiąca, w którym Ubezpieczony pozostawał w stosunku pracy zawartym na czas nieokreślony, nie więcej niż 6 świadczeń miesięcznych

** nie więcej niż 20% uposażenia netto z miesiąca, w którym Ubezpieczony stał się czasowo niezdolny do pracy, nie więcej niż 6 świadczeń miesięcznych

*** do 1000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 4 OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ I REZYGNACJA Z OCHRONY

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, która:
 - 1) ma miejsce zamieszkania w Polsce,
 - 2) posiada umowę o usługi bankowe z Ubezpieczającym,
 - 3) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 64 roku życia.
 - 4) wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz złożyła stosowne oświadczenie.
2. Ubezpieczony zostaje przyjęty do ubezpieczenia od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wyraził zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie, pod warunkiem złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia. Oświadczenie o rezygnacji jest skuteczne z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał oświadczenie Ubezpieczonego.
4. W przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od dnia złożenia przez Ubezpieczonego wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową, oraz pod warunkiem nieskorzystania przez Ubezpieczonego ze świadczeń, Ubezpieczony traktowany jest tak, jakby nie został objęty ochroną.

§ 5 SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej jest płatna miesięcznie przez Ubezpieczającego.
2. Składka ubezpieczeniowa jest płatna w złotych, w kwotach i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.
3. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed końcem okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot części składki za okres, w którym Ubezpieczyciel nie świadczył ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadkach odstąpienia od umowy o usługi bankowe oraz rezygnacji przez Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w terminie 30 dni od dnia złożenia oświadczenia o zgodzie na objęcie ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot całości zapłaconej składki ubezpieczeniowej.

§ 6 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu jednorazowe świadczenie w wysokości zależnej od wariantu ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 5. tj: 4500 zł, 7200 zł albo 9000 zł, z zastrzeżeniem zapisów pkt 3.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pierwszej kolejności pokrywa zadłużenie wynikające z Umowy o usługi bankowe. W przypadku, gdy Suma ubezpieczenia przewyższa wysokość zadłużenia, różnica pomiędzy Sumą ubezpieczenia a zadłużeniem wypłacana jest wskazanemu przez Ubezpieczonego Uposażonemu z zastrzeżeniem zapisów pkt 4.

And

Kowalski

4. 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) Współmałżonek Ubezpieczonego,
 - 2) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - 4) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - 5) inni spadkobiercy Ubezpieczonego - jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
5. Śmierć jednej lub wielu osób z danej grupy skutkuje proporcjonalnym zaliczeniem udziału zmarłego (zmarłych) na rzecz pozostałej żyjącej osoby lub osób z danej grupy.
6. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.
7. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) pismem wniosku o wypłatę świadczenia ze wskazaniem sposobu spełnienia świadczenia (na przykład: przekaz pocztowy, przelew),
 - 2) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość osób, o których mowa w ust. 4,
 - 3) kopii odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu,
 - 4) dokumentu potwierdzającego wystąpienie nieszczęśliwego wypadku np. raport policyjny, decyzja prokuratury potwierdzająca umorzenie śledztwa, opisu lub protokołu z wypadku zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia.
8. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku nastąpił w ciągu 180 dni od daty wystąpienia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną zgonu Ubezpieczonego.

§ 7 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU

1. W przypadku utraty przez Ubezpieczonego stałego źródła dochodu Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne w wysokości zależnej od wariantu ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 5 tj: 500 zł, 800 zł, 1000 zł lub 1500 zł, ale nie więcej niż 75% uposażenia netto z ostatniego miesiąca, w którym Ubezpieczony pozostawał w stosunku pracy zawartej na czas nieokreślony.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu utraty stałego źródła dochodu rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia przyjęcia Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
3. Pierwsze świadczenie miesięczne przysługuje po upływie 30 dni od daty utraty stałego źródła dochodu pod warunkiem, iż Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w ostatnim dniu tego okresu.
4. Każde kolejne świadczenie miesięczne należy jest po upływie kolejnych 30 dni, pod warunkiem, iż Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w ostatnim dniu tego okresu.
5. Z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń, o których mowa w ust. 1.
6. Świadczenia miesięczne przestają być wypłacane począwszy od dnia, w którym Ubezpieczony utracił uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych.
7. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) pismem wniosku o wypłatę świadczenia ze wskazaniem sposobu spełnienia świadczenia (na przykład: przekaz pocztowy, przelew),
 - 2) zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego uzyskanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego oraz uprawnienia do pobierania przez niego zasiłku dla bezrobotnych wraz z datą od kiedy ten zasiłek przysługuje,
 - 3) kopii dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia oraz datę i tryb rozwiązania stosunku pracy (np.: świadectwo pracy lub służby, kopia ostatniej umowy o pracę),
 - 4) kopii dokumentu potwierdzającego wynagrodzenie netto z ostatniego miesiąca, w którym Ubezpieczony pozostawał w stosunku pracy zawartej na czas nieokreślony.
8. Po upływie każdego 30-dniowego okresu, o którym mowa w ust. 4, przed każdorazową wypłatą kolejnych świadczeń miesięcznych, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego na ostatni dzień tego okresu.
9. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia, jeżeli miały one wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

§ 8 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. Z tytułu powstania czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie miesięczne w wysokości zależnej od wariantu ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 5 tj: 500 zł, 800 zł, 1000 zł lub 1500 zł, ale nie więcej niż 20% uposażenia netto z miesiąca w którym Ubezpieczony stał się czasowo niezdolny do pracy.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności do pracy rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia przyjęcia Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
3. Pierwsze świadczenie w wysokości świadczenia miesięcznego przysługuje po upływie 60 dni nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy.
4. Każde kolejne świadczenie miesięczne wypłacane jest Ubezpieczonemu po upływie 30 dni nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy.
5. Świadczenie przysługuje wyłącznie w okresie trwania czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
6. Z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego może być wypłacone maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń, o których mowa w ust. 1.
7. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) pismem wniosku o wypłatę świadczenia ze wskazaniem sposobu spełnienia świadczenia (na przykład: przekaz pocztowy, przelew),
 - 2) dokumentu potwierdzającego zatrudnienie, w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, w oparciu o umowę o pracę na czas określony,
 - 3) dokumentu potwierdzającego wynagrodzenie netto z miesiąca, w którym Ubezpieczony stał się czasowo niezdolny do pracy,
 - 4) dokumentu umożliwiającemu ustalenie okoliczności oraz przyczyny powstania czasowej niezdolności do pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i / lub prokuratury),
 - 5) kopii zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA).

Mus

Horzel

§ 9 ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

1. Ubezpieczyciel ponosi koszty świadczeń assistance wykonywanych wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do wysokości limitu 1000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe.
2. Świadczenia assistance podstawowe realizowane są, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło na skutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu świadczeń assistance rozpoczyna się od dnia przyjęcia Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
4. W ramach świadczeń assistance dodatkowych Ubezpieczyciel zapewnia:

1) **infolinię medyczną:**

- a) dostęp do informacji między innymi o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia, placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, dietach, zdrowym żywnieniu, itp.
- b) dostęp do infolinii polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji zdrowotnej, dotyczącej dalszego postępowania Ubezpieczonego.

Informacje, o których mowa w ust. 4, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek rozszczeń wobec lekarza dyżurnego centrum operacyjnego lub Ubezpieczyciela.

2) **infolinię dla osób, które utraciły stałe źródło dochodu:**

- a) **pakiet informacyjny** - centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o utracie stałego źródła dochodu, wysyła do Ubezpieczonego drogą elektroniczną lub pocztą zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - instrukcje dotyczące pisania CV oraz wzór życiorysu (Curriculum Vitae),
 - instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego,
 - instrukcje dotyczące pisania biznes planu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznes planu;
- b) **informacja telefoniczna** - Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:
 - kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie pracodawcy,
 - komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne,
 - prawa i obowiązki bezrobotnych;
 - rejestracja w urzędzie pracy,
 - komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych,
 - sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych,
 - inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym,
 - dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
 - dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - dokumenty i procedury, konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.

5. Świadczenia assistance realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego. Ubezpieczony jest zobowiązany do skontaktowania się z Centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę, pod numerem telefonu **(+48 22) 563 11 36** lub **383 21 36**.
6. Ubezpieczony kontaktując się z Centrum operacyjnym, powinien podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko,
 - 2) adres zamieszkania,
 - 3) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 5) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
7. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach powyższych Centrum operacyjne ma prawo odmówić spełnienia świadczenia assistance.
8. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum operacyjnym i w związku z tym sam poniósł koszty świadczeń assistance, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty. Zwrot kosztów nastąpi pod warunkiem telefonicznego wniosku Ubezpieczonego, złożonego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od dnia, w którym telefoniczne zgłoszenie stało się możliwe. Ubezpieczony zobowiązany jest również do przedstawienia wskazanych przez Centrum operacyjne dokumentów potwierdzających poniesienie kosztów we własnym zakresie. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką sam poniósłby w przypadku organizowania świadczeń assistance.

§ 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, czasowej niezdolności do pracy, jeżeli nastąpiły wskutek:
 - 1) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - 4) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 5) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 6) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 7) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania

MS

Novat

- pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
- 8) następstw i konsekwencji chorób rozpoznanych i leczonych u Ubezpieczonego 12 miesięcy przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową lub uszkodzeń ciała powstałych przed tym dniem,
 - 9) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba że praktyki te były wykonane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego, w celu jego ratowania,
 - 10) zastosowania niestandardowych praktyk medycznych,
 - 11) niezastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich lub nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu utraty stałego źródła dochodu jest wyłączona, jeżeli utrata źródła stałego dochodu nastąpiła wskutek wygaśnięcia stosunku pracy, rozwiązania stosunku pracy przez Ubezpieczonego, rozwiązania stosunku pracy za porozumieniem stron, rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego lub za wypowiedzeniem z przyczyn dotyczących Ubezpieczonego, w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa pracy.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie pokrycia kosztów świadczeń assistance, jest wyłączona, jeżeli zdarzenie było wynikiem:
- 1) wypadków będących bezpośrednio wynikiem działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
 - 2) wypadków powstałych podczas wyczynowego i zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportowych,
 - 3) uprawiania następujących sportów: motorowych lub motorowodnych, powietrznych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego.

§ 11 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa na skutek zajścia jednego ze zdarzeń:

- 1) śmierci Ubezpieczonego - z dniem zgonu,
- 2) wypowiedzenia lub rozwiązania Umowy o usługi bankowe przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony lub Ubezpieczający wypowiedział lub rozwiązał Umowę,
- 3) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem, iż w przypadku rezygnacji w ciągu 30 dni od dnia złożenia oświadczenia o zgodzie na objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony traktowany jest tak jakby nie był objęty ochroną,
- 4) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.
- 5) niezapłacenia przez Ubezpieczającego składki za danego Ubezpieczonego w terminie i na zasadach przewidzianych w umowie ubezpieczenia, w przypadku niezapewnienia przez Ubezpieczonego środków na ROR na pokrycie opłaty ubezpieczeniowej - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego poprzedzającego miesiąc, w którym zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 2 ochrona powinna się rozpocząć lub z ostatnim dniem miesiąca, za który opłata ta została pobrana"

§ 12 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela powinny być przekazywane w formie pisemnej na adres:

Cardif ARD S.A. Oddział w Polsce
ul. Nowogrodzka 11
00-513 Warszawa

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.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom Ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) oraz Ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).
4. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
5. Niniejsze OWU zatwierdzone przez Dyрекcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. w dniu 2 listopada 2009 roku i wchodzi w życie z tym dniem.

Mes

Uwaga