

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ASSISTANCE ROWEROWY O INDEKSIE P4/NNW/B_3_1.0/2017

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 uwagę na wyłączenia odpowiedzialności, czyli sytuacje, których wystąpienie spowoduje, że nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.

Aby ułatwić Ci lekturę, umieściliśmy przy najważniejszych fragmentach tekstu nasze komentarze opatrzone wykrzyknikami.

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych OWU zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń.	ART. 2 UST. 2 ART. 12 UST.2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 13
3. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania.	ART. 8

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Assistance rowerowy, oznaczone indeksem P4/NNW/B_3_1.0/2017, stosuje się do Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym.

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Assistance rowerowy, o indeksie P4/NWW/B_3_1.0/2017 (dalej: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – podmiot wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Awaria Roweru** – nagłe i nieprzewidziane nieprawidłowe działanie elementu mechanicznego Roweru, powodujące brak możliwości użytkowania Roweru zgodnie z jego przeznaczeniem, które nie jest spowodowane bezpośrednim działaniem człowieka. Jako Awarię Roweru uznaje się również awarię ogumienia w postaci:
 - a) przebicia lub pęknięcia opony lub dętki Roweru;
 - b) niesprawnego działania wentyli rowerowych;
 - c) innych przyczyn, z powodu których uchodzi powietrze z opony lub dętki;
- 3) **Centrum Alarmowe** – Europ Assistance Polska Sp. z o.o., uprawniona do organizacji i wykonywania Świadczeń Assistance wynikających z Umowy ubezpieczenia, dyspozycyjna przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przez cały rok;
- 4) **Cykl rozliczeniowy** – okres nie dłuższy niż 31 dni, rozumiany jako cykl bilingowy przyjęty dla rozliczeń związanych ze świadczeniem przez PLAY usług telekomunikacyjnych w ramach UoSUT zawartej przez Klienta PLAY;
- 5) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – pierwszy dzień najbliższego Cyklu rozliczeniowego przypadającego po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 6) **Dzienny ryczałt** – dzienne Świadczenie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wypłacane za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu;
- 7) **Dzień zajścia Zdarzenia**:
 - a) w przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - b) w przypadku **Nieszczęśliwego wypadku** – dzień wystąpienia zdarzenia nagłego, wywołanego przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego;
 - c) w przypadku **Awarii Roweru** – dzień w którym następuje nagłe i nieprzewidziane nieprawidłowe działanie elementu mechanicznego Roweru, powodujące brak możliwości użytkowania Roweru zgodnie z jego przeznaczeniem, które nie jest spowodowane bezpośrednim działaniem człowieka;
 - d) w przypadku **Uszkodzenia Roweru** – dzień w którym następuje mechaniczne uszkodzenie Roweru powstałe w wyniku zderzenia Roweru z innymi pojazdami lub osobami, powodujące brak możliwości użytkowania Roweru zgodnie z jego przeznaczeniem.
- 8) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień, w którym Ubezpieczający złożył za pomocą Platformy oświadczenie, w którym wyraża wolę zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 9) **Klient PLAY** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, która jest stroną zawartej z PLAY Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych w ramach oferty abonamentowej (postpaid);
- 10) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych, potwierdzone wymaganymi dokumentami, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
- 11) **Lekarz Centrum Alarmowego** – zatrudniony w Centrum Alarmowym Lekarz konsultant;
- 12) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 13) **Miejsce zamieszkania** – wskazany na Polisie adres Ubezpieczonego;
- 14) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 15) **Okres ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej odpowiadający Cyklowi rozliczeniowemu, automatycznie wznawiany na maksymalnie 12 Okresów ubezpieczenia. Warunkiem i potwierdzeniem ze strony Ubezpieczającego woli przedłużenia Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia jest zapłata Składki;
- 16) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 17) **Platforma, Platforma „PLAY Ubezpieczenia”** – zindywidualizowane informatyczne środowisko systemowe wykorzystywane do wykonywania czynności agencyjnych, w szczególności przeznaczone do sprzedaży i obsługi ubezpieczeń dedykowanych dla Klientów PLAY;
- 18) **PLAY** – P4 Sp. z o.o., będąca operatorem sieci komórkowej świadcząca usługi telekomunikacyjne Klientom PLAY;
- 19) **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 1 dzień, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie OWU

- 20) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
- 21) **Rower** – pojazd jednośladowy lub wielośladowy poruszany wyłącznie siłą mięśni rowerzysty za pośrednictwem przekładni mechanicznej wprawianej w ruch nogami, stanowiący własność Ubezpieczonego;
- 22) **Skarga** – wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące jakości usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym zawarcia i realizacji Umowy Ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności. Przez Skargę należy również rozumieć reklamację, zażalenie lub odwołanie od decyzji Ubezpieczyciela;
- 23) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 24) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 25) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu zgodnie z postanowieniami OWU, w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 26) **Świadczenie Assistance** – wskazana w Art.12, pomoc udzielana Ubezpieczonemu za pośrednictwem Centrum Alarmowego, zgodnie z zakresem i warunkami ubezpieczenia określonymi w niniejszych OWU i stosownie do posiadanego przez Ubezpieczonego Wariantu;
- 27) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. Definicja Szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- 28) **Ubezpieczający** – Klient PLAY, zawierający Umowę ubezpieczenia na własny lub na cudzy rachunek, który jest zobowiązany do opłacenia Składki;
- 29) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub każda inna osoba objęta Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazana w Polisie;
- 30) **Ubezpieczyciel** – Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy pl. Piłsudskiego 2;
- 31) **Umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych (zwana dalej: UoSUT)** – zawarta między Klientem PLAY a PLAY umowa, na podstawie której Klient PLAY korzysta ze świadczonych przez PLAY usług telekomunikacyjnych w ramach oferty abonamentowej (postpaid).
- 32) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym za pomocą Platformy;
- 33) **Uprawniony** – Ubezpieczony uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Świadczenia Assistance;
- 34) **Uszkodzenie Roweru** – mechaniczne uszkodzenie Roweru powstałe w wyniku zderzenia Roweru z innymi pojazdami lub osobami, powodujące brak możliwości użytkowania Roweru zgodnie z jego przeznaczeniem;
- 35) **Wariant** – jeden z dwóch dostępnych wariantów ubezpieczenia, wybierany przez Ubezpieczającego w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 36) **Wycynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych w celu uzyskania maksymalnych wyników, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach, zawodach lub turniejach sportowych w ramach zarejestrowanych sekcji, klubów lub organizacji sportowych;
- 37) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia i Świadczeń Assistance:
 - a) dla ubezpieczenia NNW – Pobyt w szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) dla ubezpieczenia Assistance – Awaria Roweru, Uszkodzenie Roweru, Nieszczęśliwy wypadek.



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz Świadczenie Assistance wskazane w Artykule 12.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenie, które zaszło w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:

- 1) **Wariant Standard:**
 - a) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
 - b) Świadczenie Assistance
 - 2) **Wariant Premium:**
 - a) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
 - b) Świadczenie Assistance
3. Ubezpieczenie trwa 24 godziny na dobę, z zastrzeżeniem, że Zdarzenie ma miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

art. 3

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Klientem PLAY, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18 rok życia i nie ukończył 74 roku życia.
2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Klient PLAY za pomocą Platformy:
 - 1) zapoznał się z warunkami niniejszych OWU i następnie złożył oświadczenie woli o zawarciu Umowy ubezpieczenia;
 - 2) wyraził zgodę w ramach zawartej UoSUT na doliczenie do rachunku telefonicznego Składki za Ochronę ubezpieczeniową.
 - 3) Ubezpieczyciel potwierdził zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisą.

składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela. (Formularz Zgłoszenia Roszczenia),

4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia.
5. W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać osobom przystępującym do Umowy ubezpieczenia dostarczone przez Ubezpieczyciela OWU oraz informacje, które postanowienia OWU określają przesłanki wypłaty odszkodowania, a także ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia, tj. informacje, o których mowa w art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Wspomniane wyżej informacje będą przekazywane przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, na piśmie, albo, jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.

art. 7

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia oraz realizacji Świadczenia Assistance w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia.



Jak długo trwa Twoja ochrona?

art. 4

OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej wskazanego w Polisie.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Art. 8.
3. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - c) w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu;
 - d) z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela oświadczenia o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia.
 - e) z dniem wyczerpania Sumy ubezpieczenia na skutek wypłaty Świadczenia w wysokości równej Sumie ubezpieczenia;
 - f) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, za który przypadała niezapłacona Składka – w przypadku nieopłacenia w terminie Składki przez Ubezpieczającego za kolejny Okres ubezpieczenia;
 - g) w dniu rozwiązania lub przeniesienia praw i obowiązków wynikających z UoSUT;
 - h) z dniem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia; w zależności, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.

art. 8

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość Składki oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta na rachunek oraz w terminie określonym w fakturze VAT wystawionej przez PLAY na rzecz Ubezpieczającego z tytułu usług telekomunikacyjnych świadczonych przez PLAY w ramach UoSUT (Składka jest wskazywana na fakturze wystawianej przez Play w związku z UoSUT).
3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem Składki, a Składka nie zostanie opłacona w terminie płatności, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki za okres, za który ponosił odpowiedzialność. W razie niewypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, wygasa ona z końcem Okresu ubezpieczenia, za który przypadała niezapłacona Składka, a Ubezpieczyciel przysługuje Składka za cały okres udzielanej Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Wpłacenie kwoty niższej niż wynikająca z Umowy ubezpieczenia nie jest uznawane za opłacenie Składki.
5. W przypadku wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej. Skrócenie umówionego okresu ochrony ubezpieczeniowej, niezależnie od przyczyn skrócenia, nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

art. 9

SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia ustalana jest przez Strony Umowy ubezpieczenia, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego Wariantem:
 - a) Standard maksymalnie 13500 zł
 - b) Premium maksymalnie 22500 zł.
2. Limity liczbowe i kwotowe Świadczeń Assistance w przypadku Nieszczęśliwego wypadku, Awarii Roweru, Uszkodzenia Roweru stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w całym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.



Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

art. 10

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Dzienny ryczałt za każdy dzień pobytu w Szpitalu w wysokości zgodnej z wybranym przez Ubezpieczającego Wariantem:
 - a) Standard, gdzie Dzienny ryczałt za Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wynosi 150 zł,
 - b) Premium, gdzie Dzienny ryczałt za Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wynosi 250 zł.
2. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przysługuje za okres maksymalnie 90 dni w całym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.

art. 11

SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ W PRZYPADKU POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W przypadku zajścia Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić

art. 5

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może w każdym czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi oświadczenie woli za pośrednictwem Platformy.
2. Ubezpieczyciel może w każdym czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia składając oświadczenie woli w tym zakresie w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, Ubezpieczającemu.
3. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem Cyklu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel złożył Ubezpieczającemu lub Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający, będący konsumentem, może odstąpić od Umowy ubezpieczenia bez podania przyczyn, składając stosowne oświadczenie, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub doręczenia Polisy jeżeli jest to termin późniejszy.
5. Oświadczenie o odstąpieniu Ubezpieczający może złożyć za pośrednictwem Platformy lub pisemnie lub osobiście pod adresem: Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa;
6. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 4 powyżej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel świadczył Ochronę ubezpieczeniową.

art. 6

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego opłacania Składki za okres świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.
3. Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony (lub inna osoba) może

Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta, w formie pisemnej np. na odpowiednim formularzu zgłoszenia roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.

2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia były 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. Po otrzymaniu zawiadomienia o Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Pobytu w Szpitalu, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni kalendarzowych, licząc od daty otrzymania pisemnego zawiadomienia o Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uprawnionego.
9. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**, niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - a) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w Szpitalu (np.: karta informacyjna leczenia szpitalnego lub inny dokument, który wystawia Szpital w trakcie trwania pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu);
 - b) kopia dokumentu potwierdzającego wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raportu policyjnego, stosownego postanowienia prokuratora, protokołu z wypadku lub opisu zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia);
 - c) kopia dokumentu potwierdzającego dopuszczenie pojazdu do ruchu oraz kopia dokumentu potwierdzającego uprawnienia do kierowania pojazdem – w przypadku, gdy Ubezpieczony był prowadzącym pojazd;
 - d) kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

ROK UŻYTKOWANIA	WARTOŚĆ ROWERU W DANYM ROKU, LICZONA JAKO % OD WARTOŚCI ZAKUPU
W 1 roku	50%
W 2 roku	40%
W 3 roku	30%
W 4 roku	25%
W 5 roku	20%
W 6 roku	15%
W 7 roku	10%
W 8 roku	5%

- 3) **Transport medyczny** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa do wysokości ustalonego limitu koszty transportu Ubezpieczonego z miejsca Zdarzenia lub z Miejsca zamieszkania do Szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia pomocy;
- 4) **Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty (ortopeda, chirurg)** – Centrum Alarmowe organizuje wizytę u lekarza specjalisty w terminie uzgodnionym z Ubezpieczonym oraz pokrywa do wysokości ustalonego limitu koszt wizyty;
- 5) **Organizacja operacji szpitalnej** – usługa polegająca na udzieleniu informacji o publicznych lub niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, będących zakładami lecznictwa zamkniętego lub zakładami udzielającymi całodziennych świadczeń szpitalnych oraz o wolnych terminach realizacji świadczeń szpitalnych;
- 6) **Rehabilitacja** – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie na podstawie dokumentacji medycznej, Ubezpieczony wymaga rehabilitacji, to Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa do wysokości ustalonego limitu koszty wizyt fizykoterapeuty w Miejscu zamieszkania lub organizuje i pokrywa do wysokości ustalonego limitu koszty transportu Ubezpieczonego oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej. Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty maksymalnie 5 wizyt;
- 7) **Concierge** – na życzenie Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe udziela informacji w następującym zakresie:
 - a. **Zakupy:**
 - Adresy i godziny otwarcia sklepów rowerowych i serwisów
 - Dostępność i ceny wybranych modeli rowerów
 - Dostępność i ceny wybranych akcesoriów rowerowych
 - Adresy sklepów z częściami rowerowymi
 - b. **Serwis:**
 - Adresy i godziny otwarcia serwisów rowerowych
 - Umawianie wizyt w serwisach rowerowych:
 - wulkanizacja
 - przeglądy
 - mechanika
 - warsztaty
 - Adresy warsztatów zajmujących się renowacją zabytkowych rowerów
 - c. **Literatura rowerowa:**
 - Dostępność i ceny wybranej literatury rowerowej w sklepach:
 - poradniki rowerowe
 - technika jazdy i rodzaje tras
 - d. **Szkolenia:**
 - Dostępne kursy i szkolenia dla rowerzystów
 - Organizacja szkolenia z instruktorem
 - Dostępne kursy jazdy downhill oraz cross country
 - e. **Wypożyczalnia:**
 - Danych teleadresowe wypożyczalni
 - Dostępność i ceny wybranych modeli rowerów w wypożyczalniach
 - Dostępność i ceny rzadkich modeli rowerów w wypożyczalniach
 - Organizacja wynajmu roweru
 - f. **Imprezy:**
 - Imprezy dla fanów jazdy rowerowej:
 - zawody lokalne i światowe
 - imprezy kameralne w obrębie wybranego klubu
 - rezerwacja i dostarczenie biletów na wybraną imprezę rowerową
 - g. **Targi rowerowe:**
 - Lokalne wystawy rowerowe
 - Kalendarz targów rowerowych
 - Ekspozycje międzynarodowe
 - Gielrody rowerowe
 - h. **VIP:**
 - Organizacja biletów na wybrane rajdy rowerowe
 - Organizacja wyjazdów cross country
 - Rezerwacja torów kolarstwa szybkiego

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

1. Świadczenia Assistance realizowane są w przypadku zajścia Zdarzenia. O sposobie realizacji poszczególnych świadczeń decyduje Centrum Alarmowe w porozumieniu z Ubezpieczonym.
2. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego organizuje lub organizuje i pokrywa koszty następujących Świadczeń Assistance:
 - 1) **Transport Roweru** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu Roweru oraz Ubezpieczonego z miejsca Zdarzenia do Miejsca zamieszkania albo do najbliższego serwisu rowerowego, nie dalej jednak niż 50km od miejsca Zdarzenia. Transport Roweru oraz Ubezpieczonego organizowany jest wyłącznie po drogach publicznych;
 - 2) **Zwrot kosztów naprawy Roweru** – Ubezpieczonemu przysługuje zwrot kosztów naprawy Roweru do wysokości ustalonego limitu, nie więcej jednak niż wartość Roweru w chwili Uszkodzenia Roweru. W przypadku braku możliwości naprawy Roweru, Centrum Alarmowe wypłaci Ubezpieczonemu odszkodowanie w wysokości wartości Roweru w chwili szkody, obliczoną zgodnie z Tabelą poniżej, jednak nie więcej niż do ustalonego limitu;

Centrum Alarmowe ma prawo odmówić organizacji świadczenia, jeśli są one sprzeczne z przepisami prawa, dobrymi obyczajami lub społeczno-gospodarczym przeznaczeniem przedmiotowego świadczenia, to jest:

- zamówione informacje lub zorganizowane usługi wykorzystywane będą w celu prowadzenia działalności gospodarczej lub obowiązków służbowych,
 - usługa polega na tworzeniu katalogu lub bazy informacji, w zakresie w jakim wiąże się z koniecznością przeprowadzenia badań rynkowych, selekcji danych i/lub może zostać objęta prawami autorskimi,
 - przygotowanie informacji lub organizacja usługi wiąże się z koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów z uwagi na wnioskowany sposób udostępnienia informacji lub konieczności przekształcenia informacji w formę wnioskowaną przez Ubezpieczonego,
 - dotyczą usług przeznaczonych dla grupy liczącej więcej niż 10 osób lub polegających na zakupie hurtowej ilości towarów lub usług.
- 8) **Infolinia medyczna** – na życzenie Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje:
- Bazę danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - Bazę danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - Bazę danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
 - Bazę danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - Bazę danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
 - Bazę danych placówek opieki społecznej,
 - Bazę danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - Działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - Informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - Informacje medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
 - Informacje farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - Informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach:
 - bezglutenowej,
 - bogatoreszkowej,
 - cukrzycowej,
 - ubogobiałkowej,
 - bogatobiałkowej,
 - niskocholesterolowej,
 - niskokalorycznej,
 - redukcyjnej,
 - wątrobowej,
 - wrzodowej,
 - Informacje o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - Informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
 - Instrukcję przygotowania do zabiegów i badań medycznych:
 - gastroskopia,
 - kolonoskopia,
 - koronografia,
 - rezonans magnetyczny,
 - ultrasonografia,

Informacje, o których mowa powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek rozszczeń wobec uprawnionego Lekarza Centrum Alarmowego i Centrum Alarmowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

- W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w następstwie:
 - czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - próby samobójstwa,
 - usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - pozostawiania 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,
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu (nie dotyczy to braku aktualnych badań technicznych pojazdu, chyba że przyczyną wypadku komunikacyjnego był stan techniczny pojazdu),
 - samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzeń wykorzystujących energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
- W przypadku Świadczeń Assistance** Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte Zdarzenia powstałe w następstwie:
 - umyślnego lub rażąco niedbałego działania lub zaniechania działania przez Ubezpieczonego lub umyślnego działania lub zaniechania osoby, za którą ponosi on odpowiedzialność jak za działania własne,
 - uczestnictwa Ubezpieczonego w zakładach, grach hazardowych, chorobach psychicznej, niepełnosprawności intelektualnej lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a ponadto ataku konwulsji, epilepsji,
 - czynności związanych z wykonywaniem przez Ubezpieczonego pracy zarobkowej.
- Ubezpieczyciel nie odpowiada również za szkody będące następstwem:
 - wyczynowego uprawiania sportu,
 - będące następstwem użytkowania Roweru niezgodnie z jego przeznaczeniem.
- Z zakresu Ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są koszty wynikające z powtarzających się Awarii, będących następstwem nieusunięcia przez Ubezpieczonego ich przyczyn.
- Z zakresu Ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są koszty powstałe w związku z uszkodzeniami, o istnieniu których Ubezpieczony wiedział przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia powstałe poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polegająca na organizacji Świadczeń Assistance nie ma charakteru ubezpieczenia zdrowotnego i jest wyłączona, jeżeli konieczność interwencji medycznej jest związana z:
 - chorobami przewlekłymi Ubezpieczonego,
 - rekonwalescencją Ubezpieczonego lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone,
 - nagłym pogorszeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej,
 - ze skutkami działania materiałów rozszczepialnych.

LIMITY UBEZPIECZENIA ASSISTANCE

1. Poniższe tabele określają maksymalną liczbę interwencji dla poszczególnych Wariantów w ciągu trwania Ochrony ubezpieczeniowej:

WARIANT STANDARD			
ZDARZENIE	RODZAJ ŚWIADCZENIA	LICZBA ZDARZEŃ W CAŁYM OKRESIE TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	LIMIT NA ZDARZENIE
Awaria Roweru lub Uszkodzenie Roweru	Transport roweru	1	500 zł (max 50km)
	Wizyta u lekarza specjalisty (ortopeda, chirurg)	2	400 zł
Nieszczęśliwy wypadek	Transport medyczny	1	1 500 zł (na wszystkie transporty)
	Organizacja operacji szpitalnej	Bez limitu	Organizacja
	Rehabilitacja	1	400 zł
Na życzenie Ubezpieczonego	Infolinia medyczna	Bez limitu	Bez limitu
	Concierge	Bez limitu	Bez limitu

WARIANT PREMIUM

ZDARZENIE	RODZAJ ŚWIADCZENIA	LICZBA ZDARZEŃ CAŁYM OKRESIE TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	LIMIT NA ZDARZENIE
Awaria Roweru lub Uszkodzenie Roweru	Transport roweru	2	500 zł (max 50km)
	Zwrot kosztów naprawy roweru	1	1 000 zł
Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta u lekarza specjalisty (ortopeda, chirurg)	2	400 zł
	Transport medyczny	1	1 500 zł (na wszystkie transporty)
	Organizacja operacji szpitalnej	Bez limitu	Organizacja
	Rehabilitacja	1	400 zł
Na życzenie Ubezpieczonego	Infolinia medyczna	Bez limitu	Bez limitu
	Concierge	Bez limitu	Bez limitu

TRYB POSTĘPOWANIA W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA OBJĘTEGO OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH ŚWIADCZENIA ASSISTANCE, TERMINY LIKWIDACJI SZKODY I ZWROTU KOSZTÓW

1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia objętego Ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony powinien niezwłocznie (przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie) skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu: (22) 203 79 54, czynnym całą dobę, dostępnym z telefonów komórkowych i stacjonarnych oraz podać następujące informacje:
 - a) numer polisy,
 - b) imię i nazwisko,
 - c) datę urodzenia,
 - d) numer telefonu, pod którym Centrum Alarmowe może skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą przez niego wyznaczoną,
 - e) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy,
 - f) wszelkie inne informacje niezbędne do realizacji Świadczeń Assistance.
2. Ponadto Ubezpieczony powinien:
 - a) udzielić pracownikowi Centrum Alarmowego wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń Ubezpieczyciela,
 - b) podać okoliczności Zdarzenia, zebrać i zabezpieczyć dowody ustalające okoliczności Zdarzenia,
 - c) użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia szkody oraz niedopuszczenia do jej zwiększenia,
 - d) udzielić specjalistcie lub Lekarzowi przysłanemu przez Centrum Alarmowe wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
 - e) nie powierzać wykonania Świadczeń Assistance, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel innym osobom, chyba że Centrum Alarmowe wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę,
 - f) podjąć współpracę oraz umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych w celu ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia.
3. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z postanowień określonych w ust. 1, Ubezpieczyciel może odmówić organizacji lub odpowiednio zmniejszyć świadczenia określone w Art.14, o ile naruszenie to przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
4. Niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1, Centrum Alarmowe informuje Ubezpieczonego, czy na podstawie przekazanych przez niego informacji, uzasadnione jest zlecenie wykonania usługi, świadczonej w ramach ubezpieczenia assistance, a w razie decyzji pozytywnej – zleca wykonanie takiej usługi.
5. Jeżeli brak jest podstaw do wykonania usługi świadczonej w ramach ubezpieczenia assistance lub może być ona świadczona w innym zakresie niż określony w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 1. Ubezpieczonemu przekazywana jest informacja ze wskazaniem okoliczności i podstaw prawnych uzasadniających całkowitą lub częściową odmowę wykonania usługi.
6. W przypadku, gdy z przyczyn niezależnych od Ubezpieczyciela nie będzie możliwe wykonanie Świadczeń Assistance wskazanych w Art. 12, Ubezpieczony jest uprawniony do zorganizowania uzgodnionych z Centrum Alarmowym Świadczeń Assistance i zobowiązany do ich udokumentowania rachunkami bądź fakturami.
7. W celu wypłaty zwrotu poniesionych kosztów, o których mowa w ust.6, Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać wniosek do Centrum Alarmowego na adres:

Europ Assistance Polska Sp. z o.o.
Zespół ds. Likwidacji Szkód
ul. Wołoska 5, budynek Taurus
02-675 Warszawa
refundacje@europ-assistance.pl
8. Wniosek, o którym mowa powyżej, powinien zawierać:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - b) numer polisy,

- c) datę urodzenia,
 - d) numer rachunku bankowego, na który ma być wypłacone świadczenie pieniężne.
9. Do wniosku Ubezpieczony powinien w szczególności załączyć:
 - a) wystawioną przez serwis rowerowy fakturę VAT lub rachunek albo
 - b) zaświadczenie serwisu rowerowego o braku możliwości naprawy Roweru,
 - c) zdjęcia uszkodzonego Roweru,
 - d) dokument wystawiony przez serwis rowerowy, określający jakie usługi naprawcze wykonał serwis rowerowy,
 - e) kopię protokołu Policji dot. wypadku albo oświadczenie dot. wypadku złożonego przez Ubezpieczonego oraz innego uczestnika tego wypadku, w wyniku którego został uszkodzony Rower Ubezpieczonego.
 10. Ubezpieczyciel likwiduje szkodę w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o jej wystąpieniu oraz dostarczenia wymaganych dokumentów.
 11. Jeżeli w terminie określonym w ust. 10 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 10.

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, świadczenia ubezpieczeniowe 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 2012 r., poz. 361, z późn. zm.).
3. W przypadku osób prawnych, świadczenia ubezpieczeniowe 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 2014 r., poz. 851, z późn. zm.).

ROZPATRYWANIE SKARG

1. Skargi mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Skargę 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 Skargi w formie oraz w miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Skargę Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2 niniejszego artykułu, Ubezpieczyciel wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia, których zależy rozpatrzenie Skargi, a także określa przewidywany termin rozpatrzenia Skargi i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Skargi.
4. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę do Dyrekcji Ubezpieczyciela.
5. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
6. Osoba składająca Skargę ma prawo złożyć Skargę osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Skargi

art. 15

art. 16

art. 17

załączy pełnomocnictwo udzielone w formie pisemnej przez Osobę składającą Skargę.

7. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
8. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
9. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania Skargi, Osoba składająca Skargę powinna podać swoje imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz ewentualnie inne dane pozwalające na kontakt ze strony Ubezpieczyciela.
10. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
11. 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. 18

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.

1. Sprawy sporne, wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

art. 19

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.


POSTANOWIENIA KOŃCOWE


1. Cardif Assurances Risques Divers S.A. jako administrator danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz.U.2016 r. poz 922) zbieranych w związku z zawarciem i realizacją Umowy ubezpieczenia, informuje, że zebrane dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:
 - 1) związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w tym w szczególności w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i ustalenia wypłaty odszkodowania;
 - 2) wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych archiwalnych.
2. W przypadku przetwarzania danych osobowych drogą elektroniczną Ubezpieczyciel kieruje się unormowaniami ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j.: Dz.U. z 2017 poz.1219).
3. Przetwarzane przez Ubezpieczyciela dane osobowe zebrane w celu realizacji Umowy ubezpieczenia są objęte tajemnicą ubezpieczeniową.
4. Zebrane dane osobowe będą udostępniane uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych przepisami prawa oraz reasekuratorom współpracującym z Ubezpieczycielem
5. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do zawarcia Umowy ubezpieczenia
7. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Assistance rowerowy o indeksie P4/NNW/B_3_1.0/2017, zatwierdzone przez Dyрекcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 21 listopada 2017 roku, wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2017 roku.
8. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Dyrektor Oddziału
Pascal Perrier



 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce
pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa

 Telefon: +48 22 529 17 09
Fax: +48 22 529 01 01

 E-mail, gdy chcesz zgłosić wniosek o wypłatę świadczenia: roszczenia@cardif.pl
E-mail, gdy chcesz złożyć skargę: reklamacje@cardif.pl

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



Kontakt z nami