

Ubezpieczenie na Wypadek Poważnego Zachorowania

Ogólne warunki ubezpieczenia
(AH-GTC/15/09/2023/SE/CI)

CHUBB®

Spis treści:

Informacja do ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania, sygnatura: AH-GTC/15/09/2023/SE/CI	1
Dział I. Umowa ubezpieczenia	2
1. Postanowienia wstępne	2
2. Definicje	2
3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	6
4. Umowa	7
5. Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia	8
6. Składka	8
7. Suma ubezpieczenia	9
8. Ogólne wyłączenia odpowiedzialności mające zastosowanie do wszystkich sekcji wskazanych w niniejszych OWU	9
9. Szczególne prawa i obowiązki Stron	10
10. Ustalanie i wypłata świadczeń	11
11. Procedura reklamacyjna	11
12. Prawo i sąd właściwy	12
13. Ochrona danych osobowych	12
Dział II. Zakres ubezpieczenia – postanowienia	12
14. Stwierdzenie i diagnoza Poważnego zachorowania (sekcja A)	12
15. Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku stwierdzenia i diagnozy Poważnego zachorowania (sekcja B)	13
16. Zabieg operacyjny będący następstwem stwierdzenia i diagnozy Poważnego zachorowania (sekcja C)	13
Kontakt	14
O Chubb	14

**Informacja do ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania,
sygnatura: AH-GTC/15/09/2023/SE/CI**

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	art. 2 art. 3 art. 4.3, 4.4 art. 5 art. 14 (sekcja A) art.12 (sekcja B) art. 16 (sekcja C)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	art. 3.2 – Ograniczenie odpowiedzialności art. 7.2 – Limit kumulacji roszczeń art. 8 – Ogólne wyłączenia odpowiedzialności art. 14.2 (sekcja A) – Ograniczenie świadczenia art. 15.3 (sekcja B) – Wykluczenia szczególne art. 16.2 (sekcja C) – Ograniczenia świadczenia art. 16.3 (sekcja C) – Wyłączenia szczególne

Dział I. Umowa ubezpieczenia

1. Postanowienia wstępne

- 1.1 Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek **Poważnego zachorowania** (zwanymi dalej „**OWU**”) Chubb European Group SE European Company Oddział w Polsce, Polska, ul. Królewska 18, 00-103 Warszawa (zwany dalej „**Ubezpieczycielem**”), zawiera **Umowy** na wypadek **Poważnego zachorowania** w Polsce.
- 1.2 Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana **Ubezpieczonym** na podstawie **Umowy** zawartej pomiędzy **Ubezpieczycielem** a **Ubezpieczającym** (zwanej dalej „**Umową**”). Niniejsze **OWU** stanowią integralną część tej **Umowy**. Wszelkie odniesienia dotyczące **Umowy** dotyczą także **OWU**.
- 1.3 Postanowienia szczególne, wskazane w oddzielnych sekcjach niniejszych **OWU**, mają pierwszeństwo w stosowaniu przed postanowieniami ogólnymi niniejszych **OWU** oraz odnoszą się wyłącznie do ubezpieczeń opisanych w odpowiednich sekcjach. W każdym przypadku, gdy **Umowa** zawiera odstępstwa w stosunku do postanowień zawartych w niniejszych **OWU**, stosuje się postanowienia uzgodnione indywidualnie i wprowadzone do **Umowy**.
- 1.4 Niniejsze **OWU** mają zastosowanie do **Umów** ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 września 2023 r.

2. Definicje

Użytym w niniejszych **OWU** pojęciom nadane są wskazane poniżej znaczenia. Są one jednakowe w **OWU**, **Polisie** czy jakichkolwiek oświadczeniach **Ubezpieczyciela** składających się na treść **Umowy**.

- 2.1 **Choroba Alzheimera – powodująca trwale objawy.** Pewne rozpoznanie choroby Alzheimera ustalone przez neurologa, psychiatrę lub geriatrę, w którym występuje trwała kliniczna utrata zdolności w następujących obszarach: pamięć, rozumowanie oraz postrzeganie, rozumienie, wyrażanie i wprowadzanie w życie idei. Powyższa definicja nie obejmuje innych rodzajów otępienia.
- 2.2 **Choroba neuronu ruchowego – powodująca trwale objawy.** Pewne rozpoznanie choroby neuronu ruchowego ustalone przez neurologa, w którym występuje trwale kliniczne upośledzenie funkcji ruchowych.
- 2.3 **Choroba nieuleczalna** – pewne rozpoznanie ustalone przez prowadzącego lekarza specjalistę w danej dziedzinie, spełniające oba poniższe kryteria:
 - 2.3.1 nie istnieje lek na daną chorobę albo doszło do takiego nasilenia choroby, że nie można jej leczyć;
 - 2.3.2 w opinii prowadzącego lekarza specjalisty należy się spodziewać, że choroba doprowadzi do zgonu w ciągu 12 (dwunastu) miesięcy.
- 2.4 **Choroba Parkinsona – powodująca trwale objawy.** Pewne rozpoznanie choroby Parkinsona ustalone przez neurologa, w którym występuje trwale kliniczne upośledzenie funkcji ruchowych, z drżeniem, sztywnością mięśni i niestabilnością postawy ciała. Powyższa definicja nie obejmuje wtórnego parkinsonizmu, którego objawy spowodowane są przez pewne leki, zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego lub inną chorobę.
- 2.5 **Deklaracja zgody** – oświadczenie składane przez osobę fizyczną, w którym wyraża ona zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach **Umowy** oraz na przetwarzanie przez **Ubezpieczyciela** jej danych osobowych.
- 2.6 **Dziecko** – każde dziecko (w tym przysposobione) **Ubezpieczonego** lub jego **Partnera**, jeżeli jest ono stanu wolnego i pozostaje na jego utrzymaniu (nie podjęło pracy zarobkowej lub otrzymuje wynagrodzenie, które w skali roku nie przekracza kwoty wolnej od podatku) oraz:
 - 2.6.1 jest poniżej 21. roku życia lub
 - 2.6.2 ma ponad 21 lat, ale mniej niż 26 i kontynuuje naukę w trybie stacjonarnym lub
 - 2.6.3 ma orzeczoną znaczny stopień niepełnosprawności, zgodnie z przepisami **Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**, i nie jest w stanie zaspokajać potrzeb egzystencjalnych – bez względu na wiek.
- 2.7 **Lekarz zaufania** – lekarz wskazany przez **Ubezpieczyciela** jako podmiot uprawniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej **Ubezpieczonego**, jak również do przeprowadzania ekspertyz lekarskich i wydawania **Orzeczeń lekarskich** w związku z prowadzonym postępowaniem o wypłatę świadczenia.

- 2.8 **Łagodny guz mózgu – powodujący trwałe objawy.** Niezłośliwy nowotwór lub torbiel mózgu, nerwów czaszkowych lub opon w obrębie czaszki, powodujące trwałe deficyt neurologiczny i utrzymujące się objawy kliniczne. Powyższa definicja nie obejmuje guzów przysadki i naczynek.
- 2.9 **Nowotwór złośliwy – z wyłączeniem mniej zaawansowanych przypadków.** Każdy nowotwór złośliwy potwierdzony w badaniu histopatologicznym i charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem komórek nowotworowych i zajęciem tkanek. Termin „nowotwór złośliwy” obejmuje białaczkę, mięsaka i chłoniaka, z wyjątkiem chłoniaków skóry (chłoniaków ograniczonych do skóry). Powyższa definicja nie obejmuje żadnych nowotworów zaklasyfikowanych histopatologicznie jako:
- 2.9.1 będące w fazie poprzedzającej zezłośliwienie, nieinwazyjne, przedinwazyjne (*in situ*), o granicznej złośliwości lub o niskim potencjale zezłośliwienia;
 - 2.9.2 wszystkie nowotwory gruczołu krokowego, o ile nie zostały zaklasyfikowane histologicznie jako nowotwory o wskaźniku Gleasona powyżej 6 lub ich stopień zaawansowania klinicznego TNM nie wynosi co najmniej T2NoMo;
 - 2.9.3 przewlekła białaczka limfocytowa, o ile nie stwierdzono w badaniu histopatologicznym progresji do stadium A (co najmniej) według klasyfikacji Bineta;
 - 2.9.4 dowolny nowotwór złośliwy skóry (w tym chłoniak skóry) inny niż czerniak złośliwy, który został zaklasyfikowany histopatologicznie jako nowotwór naciekający głębiej niż naskórek (zewnętrzna warstwa skóry).
- 2.10 **Niewydolność nerek – wymagająca dializowania.** Przewlekła i krańcowa niewydolność obu nerek, w rezultacie której konieczne jest regularne dializowanie.
- 2.11 **Okres oczekiwania** – wyrażony w dniach okres, po zakończeniu którego **Ubezpieczyciel** przyjmuje odpowiedzialność, liczony od dnia wystąpienia **Zdarzenia ubezpieczeniowego**, z zastrzeżeniem warunków szczególnych. W **Okresie oczekiwania** świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone.
- 2.12 **Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela** – w odniesieniu do każdego **Ubezpieczonego**, część **Okresu ubezpieczenia** wyznaczona zgodnie z pkt 5.
- 2.13 **Okres ubezpieczenia** – okres rozpoczynający się w dniu wskazanym w **Umowie ubezpieczenia** i potwierdzonym w **Polisie**, a kończący się wraz z wygaśnięciem, rozwiązaniem bądź wypowiedzeniem **Umowy ubezpieczenia** lub odstąpieniem od niej z jakiegokolwiek powodu oraz każdy kolejny okres, na który zostało przedłużone obowiązywanie **Umowy ubezpieczenia** zgodnie z pkt 4.4.
- 2.14 **Okres kwalifikacji** – wyrażony w dniach i wskazany w **Umowie ubezpieczenia** oraz potwierdzony w **Polisie** okres, w trakcie którego **Ubezpieczony** musi pozostawać przy życiu po stwierdzeniu **Poważnego zachorowania**.
- 2.15 **Orzeczenie lekarskie** – opinia na piśmie wydana przez **Lekarza zaufania** po przeprowadzeniu badania medycznego lub analizy dokumentacji medycznej, załączonej do wniosku o wypłatę świadczenia składanego przez **Ubezpieczonego** w związku z wystąpieniem **Zdarzenia ubezpieczeniowego**.
- 2.16 **Oparzenia** – oparzenia trzeciego stopnia skóry, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała **Ubezpieczonego**, związane z uszkodzeniem lub zniszczeniem skóry na całej grubości, aż do tkanki podskórnej.
- 2.17 **Obrażenia głowy powstałe w wyniku urazu – powodujące trwałe objawy.** Obumarcie tkanki mózgowej związane z obrażeniami powstałymi w wyniku urazu, powodujące trwałe ubytek neurologiczny i utrzymujące się objawy kliniczne.
- 2.18 **Pacjent hospitalizowany** – osoba, która przeszła procedurę przyjęcia do **Szpitala** i której założono kartę choroby. Przyjęcie do **Szpitala Pacjenta hospitalizowanego** jest konieczne w celu sprawowania nad nim opieki medycznej i przeprowadzenia leczenia obrażeń odniesionych w związku ze zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową, a nie wyłącznie dla zapewnienia pielęgnacji, rekonwalescencji, rehabilitacji, wypoczynku lub przedłużonego okresu opieki.
- 2.19 **Partner** – małżonek **Ubezpieczonego**, a także:
- 2.19.1 osoba odmiennej lub tej samej płci, z którą **Ubezpieczony** w chwili zajścia zdarzenia stanowiącego podstawę wysunięcia roszczeń w ramach **Umowy** mieszka i prowadzi wspólne gospodarstwo, jak gdyby byli oni małżeństwem;
 - 2.19.2 osoba tej samej płci, z którą **Ubezpieczony** zawarł formalny związek w jakiegokolwiek jurysdykcji.
- 2.20 **Pobyt w Szpitalu** – oznacza każdy dzień kalendarzowy, w którym **Ubezpieczony** przebywał w **Szpitalu**, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień przyjęcia, a za ostatni – dzień wypisu ze **Szpitala**.
- 2.21 **Pomostowanie tętnic wieńcowych – podczas operacji z przecięciem mostka.** Przebyta operacja wymagająca wykonania sternotomii pośrodkowej (przecięcia mostka), przeprowadzona w wyniku zalecenia kardiologa w celu usunięcia zwężenia lub blokady jednej lub kilku tętnic wieńcowych za pomocą pomostowania.

- 2.22 **Polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający warunki **Umowy**. **Polisa** będzie uważana za dokument ubezpieczenia, o którym mowa w art. 809 § 1 Kodeksu cywilnego.
- 2.23 **Poważne zachorowanie** – wymieniona poniżej choroba **Ubezpieczonego** lub jego niezdolność do określonych funkcji, których objawy pojawiają się po raz pierwszy w **Okresie ubezpieczenia** i która jest po raz pierwszy rozpoznana w **Okresie ubezpieczenia**, z wyłączeniem **Okresu oczekiwania** lub **Okresu kwalifikacji**. **Poważne zachorowanie** uznaje się za rozpoznane u **Ubezpieczonego** wyłącznie w sytuacji, gdy zostało potwierdzone pisemnym raportem i/lub w zależności od **Poważnego zachorowania** poparte zostało innymi, spełniającymi wszystkie wymogi diagnostyczne wynikami badań, w tym w szczególności badaniami histopatologicznymi.
- Poważne zachorowanie to:**
- 2.23.1 choroba Alzheimera – powodująca trwale objawy,
 - 2.23.2 choroba neuronu ruchowego – powodująca trwale objawy,
 - 2.23.3 choroba nieuleczalna,
 - 2.23.4 choroba Parkinsona – powodująca trwale objawy,
 - 2.23.5 łagodny guz mózgu – powodujący trwale objawy, niewydolność nerek – wymagająca dializowania,
 - 2.23.6 nowotwór złośliwy – z wyłączeniem mniej zaawansowanych przypadków,
 - 2.23.7 obrażenia głowy powstałe w wyniku urazu – powodujące trwale objawy,
 - 2.23.8 oparzenia trzeciego stopnia – obejmujące 20% powierzchni ciała,
 - 2.23.9 pomostowanie tętnic wieńcowych – podczas operacji z przecięciem mostka,
 - 2.23.10 porażenie czterokończynowe – całkowite i nieodwracalne,
 - 2.23.11 przeszczepienie dużego narządu,
 - 2.23.12 stwardnienie rozsiane – powodujące utrzymujące się objawy,
 - 2.23.13 śpiączka – powodująca trwale objawy,
 - 2.23.14 udar – powodujący trwale objawy,
 - 2.23.15 utrata dłoni lub stóp – trwale upośledzenie fizyczne,
 - 2.23.16 utrata mowy – trwała i nieodwracalna,
 - 2.23.17 utrata słuchu – trwała i nieodwracalna,
 - 2.23.18 utrata wzroku – trwała i nieodwracalna,
 - 2.23.19 wszczepienie graftu do aorty – z powodu choroby,
 - 2.23.20 wymiana lub naprawa zastawki serca – podczas operacji z przecięciem mostka,
 - 2.23.21 zawał serca – w określonym stopniu ciężkości.
- 2.24 **Porażenie czterokończynowe** (*quadriplegia*) – **całkowite i nieodwracalne**. Trwale i całkowite porażenie obydwu nóg i obydwu ramion.
- 2.25 **Pracownik** – osoba zatrudniona przez **Ubezpieczającego** na mocy umowy o pracę lub osoba, która w sposób stały świadczy usługi **Ubezpieczającemu** na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy o współpracy lub innej umowy o podobnym charakterze.
- 2.26 **Przepisy o ochronie danych osobowych** – oznaczają wszelkie mające zastosowanie akty prawne dotyczące ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

- 2.27 **Przeszczepienie dużego narządu** – przebycie jako biorca operacji przeszczepienia szpiku kostnego, serca, nerki, wątroby, płuca, trzustki (całego narządu) lub wpisanie na oficjalną listę pacjentów oczekujących na przeszczep. Powyższa definicja nie obejmuje przeszczepienia innych narządów, części narządów, tkanek lub komórek.
- 2.28 **Składka** – składka ubezpieczeniowa wskazana w **Umowie** i płatna przez **Ubezpieczającego** z tytułu objęcia **Ubezpieczonych** ochroną ubezpieczeniową.
- 2.29 **Strona** – **Ubezpieczyciel** oraz **Ubezpieczający**, łącznie lub osobno, w zależności od kontekstu.
- 2.30 **Suma ubezpieczenia** – maksymalna kwota wskazana w **Umowie** i potwierdzona w **Polisie** do wysokości, do której **Ubezpieczyciel** ponosi odpowiedzialność i wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe należne w związku z zaistnieniem **Zdarzenia ubezpieczeniowego**.
- 2.31 **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, w tym leczenia chirurgicznego, przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego. Określenie to nie obejmuje domów opieki dla przewlekle chorych, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych i narkotykowych, ośrodków sanatoryjnych i wypoczynkowych, jak również oddziałów, ośrodków i szpitali rehabilitacyjnych oraz ośrodków typu spa.
- 2.32 **Śpiączka – powodująca trwale objawy**. Stan utraty przytomności połączony z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i potrzeby wewnętrzne, wymagający stosowania urządzeń podtrzymujących życie przez ciągły okres trwający co najmniej 120 godzin i powodujący trwale ubytki neurologiczne i utrzymujące się objawy kliniczne. Powyższa definicja nie obejmuje śpiączki wtórnej spowodowanej nadużywaniem alkoholu lub narkotyków oraz stanów wywołanych sztucznie w procesie leczenia obrażeń, np. **Nieszczęśliwych wypadków**.
- 2.33 **Stwardnienie rozsiane – powodujące utrzymujące się objawy**. Pewne rozpoznanie stwardnienia rozsianego ustalone przez neurologa, w którym aktualnie występuje kliniczne upośledzenie funkcji ruchowych lub czuciowych, utrzymujące się nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 (sześciu) miesięcy.
- 2.34 **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną i fizyczną, która zawarła z **Ubezpieczycielem Umowę**.
- 2.35 **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie, zdrowie i inne podlegające ubezpieczeniu dobra objęte są ubezpieczeniem zgodnie z **Umową**, przy czym **Umowa** może wskazywać **Ubezpieczonych** imiennie lub jedynie poprzez określenie kryteriów uprawniających do przystąpienia do **Ubezpieczenia**.
- 2.36 **Udar – powodujący trwale objawy**. Obumarcie tkanki mózgowej spowodowane przez niedokrwienie lub krwotok w obrębie czaszki, powodujące trwały ubytek neurologiczny i utrzymujące się objawy kliniczne. Powyższa definicja nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwiennego, obrażenia tkanki mózgowej lub naczyń krwionośnych powstałego w wyniku urazu.
- 2.37 **Uposażony** – z zastrzeżeniem pkt 8.12, każda osoba wskazana imiennie przez **Ubezpieczonego** jako upoważniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci **Ubezpieczonego**. W przypadku braku wskazania **Uposażonego** przez **Ubezpieczonego** za **Uposażonych** uważa się następujące osoby:
- 2.37.1 małżonek, a w przypadku jego braku
 - 2.37.2 dzieci (w równych częściach), a w przypadku ich braku
 - 2.37.3 rodzice (w równych częściach), a w przypadku ich braku
 - 2.37.4 rodzeństwo (w równych częściach), a w przypadku ich braku
 - 2.37.5 inni spadkobiercy ustawowi – w kolejności wynikającej z przepisów prawa.
- 2.38 **Uprawniony lekarz** – lekarz wskazany przez **Ubezpieczyciela** jako podmiot uprawniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej **Ubezpieczonego**, jak również do przeprowadzenia ekspertyz lekarskich i wydawania **Orzeczeń lekarskich** w związku z prowadzonym postępowaniem o wypłatę świadczenia, z wyłączeniem:
- 2.38.1 samego **Ubezpieczonego**;
 - 2.38.2 członka najbliższej rodziny **Ubezpieczonego**;
 - 2.38.3 pracownika **Ubezpieczającego**.
- 2.39 **Utrata mowy – trwała i nieodwracalna**. Całkowita, trwała i nieodwracalna utrata zdolności mówienia w wyniku doznanych obrażeń fizycznych lub choroby.
- 2.40 **Utrata słuchu – trwała i nieodwracalna**. Trwały i nieodwracalny ubytek słuchu w takim stopniu, że próg słyszenia w lepiej słyszącym uchu, oceniany za pomocą audiometrii tonalnej, wynosi 95 decybeli dla wszystkich częstotliwości.

- 2.41 **Utrata wzroku – trwała i nieodwracalna.** Trwała i nieodwracalna utrata wzroku w takim stopniu, że nawet gdy badanie wykonywane jest z zastosowaniem pomocy wzrokowych, wynik pomiaru widzenia w lepszym oku za pomocą tablicy Snellena wynosi 3/60 lub mniej.
- 2.42 **Utrata dłoni lub stóp – trwale upośledzenie fizyczne.** Trwała utrata (w dowolnej kombinacji) co najmniej 2 dłoni lub stóp na poziomie lub powyżej nadgarstków lub kostek.
- 2.43 **Wymiana lub naprawa zastawki serca – podczas operacji z przecięciem mostka.** Przebyta operacja wymagająca wykonania sternotomii pośrodkowej (przecięcia mostka), przeprowadzona w wyniku zalecenia kardiologa w celu wymiany lub naprawy zastawki (jednej lub kilku).
- 2.44 **Wszczepienie graftu do aorty – z powodu choroby.** Operacja z powodu choroby aorty polegająca na wycięciu i zastąpieniu graftem części aorty objętej procesem chorobowym. Termin „aorta” obejmuje część piersiową i brzuszna aorty, bez jej gałęzi. Powyższa definicja nie obejmuje:
- 2.44.1 żadnych innych procedur chirurgicznych, takich jak wszczepienie stentu czy leczenie wewnątrznaczyniowe;
- 2.44.2 operacji z powodu uszkodzenia aorty wynikającego z urazu.
- 2.45 **Zawał serca – o określonym stopniu ciężkości.** Martwica mięśnia sercowego spowodowana przez niedokrwienie, w wyniku której występują wszystkie wymienione niżej cechy ostrego zawału mięśnia sercowego:
- 2.45.1 typowe objawy kliniczne (np. charakterystyczny ból w klatce piersiowej);
- 2.45.2 nowe charakterystyczne zmiany w zapisie elektrokardiograficznym;
- 2.45.3 charakterystyczne zwiększenie stężenia enzymów sercowych lub troponin do lub powyżej wartości:
- a) troponina T: >1,0 ng/ml;
- b) Accu TnI: >0,5 ng/ml lub równoważnego progu w przypadku innych metod oznaczania troponiny I.
- Objawy muszą wskazywać jednoznacznie na ostry zawał mięśnia sercowego. Powyższa definicja nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych, takich jak dławica piersiowa.
- 2.46 **Zabieg operacyjny – niezbędny z medycznego punktu widzenia zabieg przeprowadzony przez **Lekarza** w ramach jednodniowego **Pobytu w Szpitalu** lub dłuższej hospitalizacji **Ubezpieczonego**, w celu leczenia zdiagnozowanego **Poważnego zachorowania**. Przy czym może to być zabieg wymagający:**
- 2.46.1 znieczulenia ogólnego lub
- 2.46.2 znieczulenia miejscowego lub regionalnego, w połączeniu z nacięciem przy użyciu skalpela (noża chirurgicznego).
- Dla uniknięcia wszelkich wątpliwości chemioterapia i radioterapia nie są uważane za zabiegi operacyjne.
- 2.47 **Zdarzenie ubezpieczeniowe – każde ze zdarzeń określonych w pkt 3.3 poniżej, objętych zakresem **Umowy**.**

3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- 3.1 **Przedmiot ubezpieczenia.** Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**.
- 3.2 **Ograniczenie odpowiedzialności.** Odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** z tytułu **Umowy** obejmuje wyłącznie określone w **Umowie Zdarzenia ubezpieczeniowe** będące skutkiem **Poważnego zachorowania**, któremu uległ **Ubezpieczony** w **Okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela**.
- 3.3 **Zakres ubezpieczenia.** Zakres **Zdarzeń ubezpieczeniowych** objętych **Umową** jest określony w **Umowie** i potwierdzony w **Polisie**. Zakres ubezpieczenia może obejmować następujące **Zdarzenia ubezpieczeniowe**:
- 3.3.1 stwierdzenie i diagnoza **Poważnego zachorowania** (sekcja A);
- 3.3.2 **Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego** w wyniku stwierdzenia i diagnozy **Poważnego zachorowania** (sekcja B);
- 3.3.3 **Zabieg operacyjny** będący następstwem stwierdzenia i diagnozy **Poważnego zachorowania** (sekcja C).

4. Umowa

- 4.1 **Zawarcie umowy.** Umowę zawiera się na podstawie pisemnego wniosku **Ubezpieczającego**.
- 4.2 **Polisa.** Dokumentem potwierdzającym zawarcie **Umowy** jest **Polisa** wydana **Ubezpieczającemu**.
- 4.3 **Data rozpoczęcia i zakończenia Okresu ubezpieczenia.** Data i godzina rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zostanie określona w **Polisie**. **Okres ubezpieczenia** kończy się z upływem okresu, na jaki została zawarta **Umowa**. Informacje na temat daty i godziny zawsze odnoszą się do czasu lokalnego, w miejscu określonym przez adres **Ubezpieczającego** podany w **Polisie**.
- 4.4 **Okres ubezpieczenia.** Jeżeli nie umówiono się inaczej, **Umowa** zawierana jest na okres jednego roku, liczonego od daty rozpoczęcia **Okresu ubezpieczenia**. **Umowę** poczytuje się za zawartą na kolejny okres roczny na tych samych warunkach co **Umowa**, której **Okres ubezpieczenia** upłynął, chyba że **Umowa ubezpieczenia** stanowi inaczej lub gdy **Ubezpieczyciel** bądź **Ubezpieczający** na co najmniej 60 (sześćdziesiąt) dni przed datą zakończenia bieżącego **Okresu ubezpieczenia** złoży drugiej **Stronie** oświadczenie o nieprzedłużeniu **Umowy** lub zaproponuje jej zawarcie na innych warunkach.
- 4.5 **Forma ubezpieczenia.** **Umowa** może zostać zawarta w formie ubezpieczenia imiennego lub bezimiennego.
- 4.5.1 **Ubezpieczenie bezimienne.** W przypadku ubezpieczenia bezimiennego ochroną ubezpieczeniową obejmowane są wszystkie osoby należące do określonej, zdefiniowanej przez **Ubezpieczającego** grupy, a w stosunku do wszystkich **Ubezpieczonych** obowiązuje ten sam **Zakres ubezpieczenia** oraz ten sam poziom **Sum ubezpieczenia**, z zastrzeżeniem pkt 8 poniżej i pozostałych ograniczeń wskazanych w niniejszych OWU.
- 4.5.2 **Ubezpieczenie imienne.** W przypadku ubezpieczenia imiennego ochroną ubezpieczeniową obejmowane są osoby imiennie wskazane i należące do określonej, zdefiniowanej przez **Ubezpieczającego** grupy. Do wniosku o zawarcie **Umowy ubezpieczenia** imiennego **Ubezpieczający** zobowiązany jest dołączyć listę zgłaszanych do ubezpieczenia osób wraz z **Deklaracjami zgody** tych osób.
- 4.6 **Zróznicowanie zakresu ubezpieczenia.** Na wniosek **Ubezpieczającego** i na podstawie określonych przez niego kryteriów **Umowa** może przewidywać wydzielenie grup **Ubezpieczonych**, dla których uzgodniono odmienny **Zakres ubezpieczenia** lub różne poziomy **Sum ubezpieczenia**.
- 4.7 **Odstąpienie.** **Ubezpieczającemu** będącemu przedsiębiorcą przysługuje prawo do odstąpienia od **Umowy ubezpieczenia** w terminie 7 (siedmiu) dni, a pozostałym **Ubezpieczającym** w terminie 30 (trzydziestu) dni od jej zawarcia.
- 4.8 **Wypowiedzenie.** **Umowa** może zostać wypowiedziana przez **Ubezpieczającego** w każdym czasie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
- 4.9 **Składka za okres ochrony.** Odstąpienie od **Umowy** lub wypowiedzenie jej nie zwalnia **Ubezpieczającego** z obowiązku opłacenia składki za okres udzielanej przez **Ubezpieczyciela** ochrony ubezpieczeniowej.
- 4.10 **Wypowiedzenie z powodu braku składki.** W przypadku gdy **Ubezpieczyciel** ponosi odpowiedzialność jeszcze przed terminem zapłaty składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, **Ubezpieczyciel** może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, w którym ponosił odpowiedzialność.
- 4.11 **Cesja.** **Ubezpieczający** nie ma prawa dokonać przelewu praw z **Umowy ubezpieczenia** bez uprzedniej zgody **Ubezpieczyciela** udzielonej na piśmie.
- 4.12 **Forma pisemna.** Czynności prawne i oświadczenia **Stron** odnoszące się do **Umowy** powinny być sporządzone i przesyłane w formie pisemnej, faksem lub pocztą elektroniczną, chyba że **OWU** lub inne postanowienia **Umowy** stanowią inaczej. Powyższe dotyczy również wszelkich zmian do **Umowy**, a także komunikacji pomiędzy **Stronami** związanej z **Umową ubezpieczenia**.
- 4.13 **Ważność postanowień.** Jeżeli jakiegokolwiek postanowienia **OWU** lub **Umowy** są nieważne lub utracą ważność, nie będzie to miało wpływu na ważność pozostałych postanowień. Działając w dobrej wierze, **Strony** wprowadzą zmiany do **Umowy** lub dokonają jej interpretacji w taki sposób, aby zastąpić nieważne postanowienia ważnymi postanowieniami lub interpretacją o tym samym lub podobnym celu i efekcie ekonomicznym.

- 4.14 **Oświadczenia i korespondencja.** Każda ze **Stron** jest zobowiązana do powiadomienia drugiej **Strony**, w formie wskazanej w pkt 4.14, o zmianie swego adresu. Pisemne oświadczenia związane z **Umową** będą dostarczane na adres **Strony** wskazany w **Umowie** lub w ostatnim przesłanym zawiadomieniu o jego zmianie. Adresat ma obowiązek zapewnić, by właściwie zaadresowana korespondencja była przez niego odbierana w ciągu 3 (trzech) dni roboczych następujących po pierwszej należytocie podjętej próbie jej dostarczenia. Ponadto korespondencja uważana będzie za dostarczoną również wówczas, gdy adresat odmawia jej przyjęcia lub w inny sposób uniemożliwia jej faktyczne dostarczenie.

5. Czas trwania odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** z tytułu **Umowy** ubezpieczenia

- 5.1 **Rozpoczęcie ochrony.** Z zastrzeżeniem postanowień szczególnych, odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** rozpoczyna się od dnia wskazanego w **Polisie** jako początek **Okresu ubezpieczenia**, pod warunkiem opłacenia składki za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia, w wysokości i terminie wynikających z postanowień **Umowy**. W przypadku gdy **Składka** zostanie opłacona po upływie terminu wskazanego w **Umowie** lub w kwocie niższej niż wynikająca z postanowień zawartej **Umowy**, ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się od dnia następnego po opłaceniu odpowiednio: **Składki** za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia, w wysokości wynikającej z **Umowy**, lub brakującej części **Składki**.
- 5.2 **Nowi ubezpieczeni.** W odniesieniu do osób przystępujących do **Umowy ubezpieczenia** w trakcie jej trwania **Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela** rozpoczyna się:
- 5.2.1 w przypadku ubezpieczenia imiennego – od daty wskazanej przez **Ubezpieczającego** w pisemnym zgłoszeniu do ubezpieczenia, ale nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu dostarczenia **Ubezpieczycielowi Deklaracji zgody** osoby lub osób zgłoszonych do ubezpieczenia;
 - 5.2.2 w przypadku ubezpieczenia bezimiennego – począwszy od pierwszego dnia spełnienia przez daną osobę lub dane osoby kryteriów objęcia ubezpieczeniem wskazanych w **Umowie**, o ile w terminie do ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpiło spełnienie powyższych kryteriów, **Ubezpieczający** przekazał **Ubezpieczycielowi** informację o zmianie stanu osobowego ubezpieczonej grupy, uwzględniającego nowego **Ubezpieczonego** lub **Ubezpieczonych**.
- 5.3 **Zakończenie ochrony. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela** w odniesieniu do wszystkich **Ubezpieczonych** kończy się:
- 5.3.1 z upływem określonego w **Umowie Okresu ubezpieczenia**, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4.4;
 - 5.3.2 z dniem rozwiązania **Umowy** z jakiegokolwiek przyczyny;
 - 5.3.3 z upływem wskazanego przez **Ubezpieczyciela** dodatkowego terminu na zapłatę **Składki** w razie braku zapłaty.
- 5.4 **Zakończenie ochrony w odniesieniu do konkretnego Ubezpieczonego. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela** w odniesieniu do konkretnego **Ubezpieczonego** kończy się:
- 5.4.1 z dniem jego śmierci;
 - 5.4.2 z dniem wypłaty świadczenia z tytułu **Poważnego zachorowania**, w kwocie powodującej wyczerpanie **Sumy ubezpieczenia**, o ile takowa została uwzględniona w **Umowie** ubezpieczenia;
 - 5.4.3 z ostatnim dniem miesiąca, w którym **Ubezpieczony** przestał spełniać określone w **Umowie** kryteria objęcia ochroną ubezpieczeniową.

6. Składka

- 6.1 **Tryb płatności.** O ile **Umowa** nie stanowi inaczej, **Składka** jest płatna jednorazowo. Wysokość **Składki** jest wskazana w **Umowie** i potwierdzona w **Polisie**.
- 6.2 **Ustalanie wysokości Składki.** **Składkę** oblicza się za faktyczny **Okres ubezpieczenia**, a jej wysokość może być ustalona w zależności od:
- 6.2.1 **Sumy ubezpieczenia;**
 - 6.2.2 wieku **Ubezpieczonego;**
 - 6.2.3 zakresu ubezpieczenia;

6.2.4 ankiety / wywiadu medycznego, w tym analizy stylu życia (np. uzależnienia od nikotyny).

- 6.3 **Data zapłaty Składki.** Za datę zapłaty **Składki** uważa się datę, w której pełna kwota **Składki** wynikająca z **Umowy** została zaksięgowana na rachunku bankowym wskazanym przez **Ubezpieczyciela**.
- 6.4 **Korekta Składki.** Jeżeli jakakolwiek część **Składki**, wyliczonej w oparciu o dane szacowane, znane **Stronom** przy zawieraniu **Umowy**, podlega skorygowaniu, **Ubezpieczający** w ciągu 30 (trzydziestu) dni od końca **Okresu ubezpieczenia** dostarczy **Ubezpieczycielowi** dane uaktualnione, na podstawie których **Składka** ulegnie rozliczeniu.
- 6.5 **Wezwanie do zapłaty.** Jeżeli jakakolwiek część **Składki** ubezpieczeniowej nie zostanie opłacona terminowo, **Ubezpieczyciel** wezwie **Ubezpieczającego** na piśmie do zapłaty, wyznaczając mu dodatkowy termin na zapłatę wynoszący co najmniej 7 dni i wskazując jednocześnie na skutki nieopłacenia **Składki** we wskazanym, dodatkowym terminie.

7. Suma ubezpieczenia

- 7.1 **Wskazanie sumy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia** w odniesieniu do każdego **Zdarzenia ubezpieczeniowego** objętego ochroną ubezpieczeniową określana jest przez **Strony** i wskazana w **Umowie** oraz potwierdzona w **Polisie**.
- 7.2 **Limit kumulacji roszczeń.** Z tytułu klauzuli **Poważnego zachorowania** **Ubezpieczony** otrzymuje wypłatę tylko jednego świadczenia, w wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Umowie**, niezależnie od liczby **Poważnych zachorowań** zdiagnozowanych w **Okresie ubezpieczenia**.

8. Ogólne wyłączenia odpowiedzialności mające zastosowanie do wszystkich sekcji wskazanych w niniejszych OWU

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za **Zdarzenia ubezpieczeniowe** powstałe w wyniku zajścia następujących okoliczności:

- 8.1 Choroba inna niż **Poważne zachorowanie**.
- 8.2 Objawy **Poważnego zachorowania**, które pierwszy raz wystąpiły przed **Okresem ubezpieczenia** lub w trakcie **Okresu oczekiwania**.
- 8.3 **Alkohol i narkotyki.** Choroba wynikająca z nadużycia lub uzależnienia od narkotyków, używania leków psychotropowych, chyba że przepisanych przez lekarza ogólnego i pod warunkiem, że **Ubezpieczony** przestrzegał instrukcji.
- 8.4 **Substancje chemiczne i biologiczne.** Rozpylanie, wykorzystywanie lub wyciek szkodliwych substancji biologicznych lub chemicznych o działaniu patogennym lub rakotwórczym.
- 8.5 **Choroba psychiczna i neurologiczna.** Choroba lub ułomności o podłożu psychicznym, psychologicznym lub neurologicznym oraz ich leczenie.
- 8.6 **HIV.** Zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS), rozpoznany z pozytywnym wynikiem badania laboratoryjnego potwierdzającym obecność wirusa HIV lub jakiegokolwiek jego formy, bez względu na sposób zarażenia się wirusem.
- 8.7 Wady wrodzone.
- 8.8 Poród i jego konsekwencje.
- 8.9 **Unikanie lub ignorowanie zaleceń lekarskich.** Nieskorzystanie przez **Ubezpieczonego** z porady lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, o ile miało ono wpływ na zajście **Poważnego zachorowania** lub zwiększenie jego skutków.
- 8.10 Zabieg chirurgiczny lub podobne leczenie.
- 8.11 **Samobójstwo, samookaleczenie.** Popelnienie przez **Ubezpieczonego** samobójstwa, przedsięwzięcie próby samobójczej, celowe samookaleczenie, celowe narażenie własnego życia lub zdrowia (z wyjątkiem sytuacji, gdy **Ubezpieczony** czyni to dla ratowania ludzkiego życia lub działanie to wynika z pełnionych przez **Ubezpieczonego** obowiązków służbowych).
- 8.12 Zgon **Ubezpieczonego** w **Okresie kwalifikacji**.

- 8.13 **Czyn przestępczy.** Popęlnienie lub próba popęlnienia przez **Ubezpiezonego** przestępcstwa.
- 8.14 **Wojna i terroryzm.** Wojna, bez względu na to, czy została wypowiedziana, czy też nie, a także konsekwencje czynnego i dobrowolnego uczestnictwa **Ubezpiezonego** w jakichkolwiek akcjach terrorystycznych, strajkach, rozruchach, zamieszkach protestacyjnych lub sabotażu.
- 8.15 **Klauzula sankcji.** Świadczenie ochrony i wypłata świadczeń odszkodowawczych lub dokonywanie innych płatności przez **Ubezpieczyciela** w zakresie oferowanej ochrony nie może powodować narażenia **Ubezpieczyciela** na naruszenie jakichkolwiek sankcji, zakazów lub ograniczeń wprowadzonych na podstawie rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub sankcji handlowych i gospodarczych, oraz regulacji Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Polski i Stanów Zjednoczonych.

9. Szczególne prawa i obowiązki **Stron**

- 9.1 **Informacja o ryzyku.** **Ubezpieczający** i **Ubezpieczony** zobligowani są podać do wiadomości **Ubezpieczyciela** wszelkie okoliczności, o które **Ubezpieczyciel** zapytał przed zawarciem **Umowy** w ofercie lub innej korespondencji. **Ubezpieczyciel** zostanie zwolniony z wszelkiej odpowiedzialności za skutki określonych powyżej okoliczności, jeśli nie zostały one wcześniej podane do jego wiadomości, a miały wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia **Zdarzenia ubezpieczeniowego**. Jeśli **Ubezpieczycielowi** nie udało się uzyskać informacji, o które zapytywał przed zawarciem **Umowy**, a mimo tego **Umowa** została zawarta, informacje te uznaje się za nieistotne. **Ubezpieczający** oraz **Ubezpieczony** są zobowiązani powiadomić **Ubezpieczyciela** o wszelkich zmianach dotyczących okoliczności, o które **Ubezpieczyciel** pytał w ofercie lub w innych pismach.
- 9.2 **Zmiana ryzyka.** W czasie trwania **Umowy** **Ubezpieczający** zobowiązany jest niezwłocznie zgłaszać na piśmie do **Ubezpieczyciela** wszelkie zmiany danych podanych we wniosku o zawarcie **Umowy ubezpieczenia**, w tym wszelkie istotne zmiany w prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej w trakcie **Okresu ubezpieczenia**, np. o przejęcie, ustanowienie bądź zbycie spółki lub przedsiębiorstwa.
- 9.3 **Zmiana liczby ubezpieczonych.** W terminach wynikających z postanowień **Umowy** ubezpieczenia **Ubezpieczający** zobowiązany jest informować **Ubezpieczyciela** o:
- 9.3.1 zmianach dotyczących stanu osobowego grupy osób objętych ubezpieczeniem – w przypadku ubezpieczenia bezimiennego;
 - 9.3.2 nowo przystępujących **Ubezpieczonych** oraz – w przypadku ubezpieczenia imiennego – **Ubezpieczonych**, w odniesieniu do których ochrona ubezpieczeniowa ustala.
- 9.4 **Potwierdzenie uczestnictwa.** **Ubezpieczający** ma obowiązek poinformować **Ubezpieczyciela** na jego wniosek i bez zbędnej zwłoki, czy dana osoba jest **Ubezpieczonym**, a jeśli tak – do jakiej grupy **Ubezpieczonych** należy. Ma również obowiązek podać wszelkie inne informacje istotne dla ustalenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej danej osoby.
- 9.5 **Postępowanie w razie zdarzenia ubezpieczeniowego.** **Ubezpieczający**, **Ubezpieczony** i/lub **Uposażony** są zobowiązani do:
- 9.5.1 podjęcia starań mających na celu złagodzenie skutków **Poważnego zachorowania**, w szczególności do poddania się opiece **Uprawnionego lekarza** niezwłocznie po wystąpieniu **Zdarzenia ubezpieczeniowego** i stosowania się do udzielonych zaleceń;
 - 9.5.2 powiadomienia Policji (co następnie należy wykazać **Ubezpieczycielowi**), jeśli istnieje podejrzenie, że wystąpienie **Zdarzenia ubezpieczeniowego** lub zwiększenie jego negatywnych skutków mogło zostać spowodowane działaniami przestępczymi lub aktami łamania prawa; są także zobowiązani do współpracy z Policją lub innym organem prowadzącym postępowanie wyjaśniające okoliczności **Zdarzenia ubezpieczeniowego**;
 - 9.5.3 niezwłocznego zawiadomienia **Ubezpieczyciela** o wystąpieniu **Zdarzenia ubezpieczeniowego**;
 - 9.5.4 dostarczenia **Ubezpieczycielowi** takich zaświadczeń, informacji i dowodów, które są niezbędne dla prawidłowego rozpatrzenia roszczenia;
 - 9.5.5 postępowania zgodnie z instrukcjami **Ubezpieczyciela** w związku z wystąpieniem **Zdarzenia ubezpieczeniowego** lub zgłoszeniem roszczenia, a w szczególności są zobowiązani do współpracy z **Uprawnionym lekarzem** lub rehabilitantem prowadzącym leczenie i stosowania się do ich porad.
- 9.6 **Informacja o stanie zdrowia.** **Ubezpieczyciel** ma prawo domagać się podania informacji na temat stanu zdrowia **Ubezpiezonego** lub przyczyn jego śmierci, w tym informacji o stanie jego zdrowia przed zawarciem **Umowy**. **Ubezpieczony** ma obowiązek wydać **Uprawnionym lekarzom**, **Szpitalom** lub innym instytucjom

ochrony zdrowia zgodę na przekazanie lub użyczenie **Ubezpieczycielowi** raportów medycznych oraz wykonanie przez **Ubezpieczyciela** kopii dokumentacji medycznej z prowadzonego leczenia oraz zwolnić ich w tym zakresie z tajemnicy zawodowej.

- 9.7 **Badania lekarskie.** **Ubezpieczyciel** ma prawo na swój koszt zbadać stan zdrowia **Ubezpieczonego** i domagać się, aby przeprowadzono badania medyczne **Ubezpieczonego**.
- 9.8 **Niedopełnienie obowiązków.** W przypadku gdy **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** nie postępują zgodnie z postanowieniami **Umowy ubezpieczenia** obligującymi ich do konkretnych zachowań, **Ubezpieczyciel** może odmówić wypłaty świadczenia w całości lub w części, jeżeli miało to wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia **Zdarzenia ubezpieczeniowego** lub na zwiększenie rozmiaru szkody.

10. Ustalanie i wypłata świadczeń

- 10.1 **Waluta.** Świadczenia z **Umowy** wypłacane są w złotych polskich, chyba że **Umowa** stanowi inaczej. Równowartością kwot wyrażonych w walucie obcej będzie ich równowartość w złotych polskich, wynikająca z przeliczenia ich na złote po kursie średnim Narodowego Banku Polskiego z dnia zaistnienia **Zdarzenia ubezpieczeniowego**.
- 10.2 **Zawiadomienie.** Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu przez **Ubezpieczyciela** zawiadomienia o wystąpieniu **Zdarzenia ubezpieczeniowego** oraz ustaleniu okoliczności niezbędnych do określenia odpowiedzialności **Ubezpieczyciela**.
- Informacja o dokumentach.** W terminie 7 (siedmiu) dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu **Zdarzenia ubezpieczeniowego** **Ubezpieczyciel** poinformuje o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego**, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmie postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego związanego ze **Zdarzeniem ubezpieczeniowym**, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia. O ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, poinformuje również osobę występującą z roszczeniem – pisemnie lub w sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę – jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** lub do ustalenia wysokości świadczenia.
- 10.3 **Termin wypłaty.** **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenie w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu **Zdarzenia ubezpieczeniowego**. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** albo wysokości świadczenia w powyższym terminie okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni, licząc od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Jednakże bezsporna część świadczenia powinna być wypłacona w terminie, o którym mowa w pierwszym zdaniu tego punktu.

11. Procedura reklamacyjna

Niezależnie od wysokich standardów świadczenia usług przez **Ubezpieczyciela**, realizując obowiązek określony w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej, informujemy o obowiązującej procedurze reklamacyjnej.

- 11.1 Jeżeli poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, **Ubezpieczający**, **Ubezpieczony**, **Uposażony**, uprawniony z umowy ubezpieczenia lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia chciałby zgłosić reklamację, może to uczynić:
- 11.1.1 na piśmie – w siedzibie **Ubezpieczyciela** przy ul. Królewskiej 18, 00-103 Warszawa lub innej jednostce obsługującej klientów - osobiście lub przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy – Prawo pocztowe lub na adres do doręczeń elektronicznych **Ubezpieczyciela** w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych (począwszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych),
- 11.1.2 ustnie – osobiście w siedzibie **Ubezpieczyciela** lub innej jednostce obsługującej klientów lub telefonicznie pod nr 801 800 028,
- 11.1.3 w postaci elektronicznej - przesyłając reklamację na adres: poland.office@chubb.com lub szkody@chubb.com.
- 11.2 Odpowiedź na reklamację zostaje udzielona na piśmie, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Jeśli zgłaszający reklamację chciałby otrzymać odpowiedź pocztą elektroniczną, powinien zawrzeć taki wniosek w reklamacji i wskazać adres email, na który odpowiedź powinna być przesłana.
- 11.3 W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi we wskazanym wyżej terminie, termin rozpatrzenia reklamacji może zostać wydłużony do maksymalnie 60 od dnia otrzymania reklamacji. **Ubezpieczyciel** poinformuje o przedłużeniu terminu osobę lub podmiot, który wystąpił z reklamacją oraz wyjaśni przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz

określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nieprzekraczający 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

- 11.4 **Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu** i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
- 11.5 Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym do rozpatrywania sporów pomiędzy **Ubezpieczycielem** a konsumentami jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
- 11.6 **Ubezpieczający, Ubezpieczony** oraz inny podmiot uprawniony z umowy ubezpieczenia ma prawo wystąpienia na drogę sądową w celu dochodzenia swoich roszczeń.

12. Prawo i sąd właściwy

- 12.1 **Prawo właściwe i jurysdykcja.** Umowa zawarta na podstawie niniejszych **OWU** podlega prawu polskiemu oraz wyłącznej jurysdykcji sądów polskich.
- 12.2 **Sąd.** Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpiezonego** lub **Uposażonego**.
- 12.3 **Interpretacja przepisów.** Jeżeli przepis powszechnie obowiązującego prawa, który znajduje zastosowanie w **OWU** i w innych zapisach **Umowy** ubezpieczenia, zostanie zmieniony lub zastąpiony nowym przepisem po dacie zawarcia **Umowy** ubezpieczenia, **OWU** i inne postanowienia **Umowy** będą interpretowane tak, by odzwierciedlały jak najlepiej wolę **Stron** wyrażoną przy zawarciu **Umowy**, w stopniu, w jakim będzie to zgodnie z prawem możliwe.

13. Ochrona danych osobowych

Wykorzystujemy Państwa dane osobowe w celu wystawienia dokumentów ubezpieczeniowych oraz administrowania umową ubezpieczenia oraz obsługi roszczeń. Wskazane powyżej dane osobowe obejmują podstawowe Państwa dane takie jak imię, nazwisko, adres, numer polisy ale, o ile jest to zasadne dla udzielanej przez nas ochrony ubezpieczeniowej oraz zgłaszanych roszczeń, dane te mogą również obejmować bardziej szczegółowe informacje (na przykład wiek, stan zdrowia, informacje o stanie majątkowym, historię roszczeń). Ponieważ jesteśmy częścią globalnej grupy, Państwa dane osobowe mogą być przekazywane spółkom z grupy w innych krajach, jeżeli będzie to wymagane dla zapewnienia ochrony wynikającej z umowy ubezpieczenia bądź przechowywania danych osobowych. Korzystamy także z szeregu zaufanych usługodawców, którzy będą mieli dostęp do Państwa danych osobowych zgodnie z naszymi instrukcjami i pod naszą kontrolą.

Przysługuje Państwu szereg praw w związku z danymi osobowymi, włączając prawo dostępu do nich oraz, w pewnych przypadkach, ich usunięcia. Niniejsza informacja stanowi skrót informacji dotyczących sposobu wykorzystywania przez nas Państwa danych osobowych. W celu uzyskania dalszych informacji sugerujemy zapoznanie się z naszą Ramową Polityką Prywatności, dostępną tutaj: <https://www.chubb.com/pl-pl/footer/privacy-policy.html>.

Dział II. Zakres ubezpieczenia – postanowienia

14. Stwierdzenie i diagnoza **Poważnego zachorowania** (sekcja A)

- 14.1 Jeżeli w **Okresie ubezpieczenia** zostanie zdiagnozowane **Poważne zachorowanie**, którego objawy pojawią się po raz pierwszy w **Okresie ubezpieczenia** i które po raz pierwszy zostanie rozpoznane w **Okresie ubezpieczenia**, z wyłączeniem **Okresu oczekiwania** lub **Okresu kwalifikacji**, wówczas **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Umowie**.
- 14.1.1 **Poważne zachorowanie** uznaje się za rozpoznane u **Ubezpiezonego** wyłącznie w sytuacji, gdy zostało potwierdzone pisemnym raportem i/lub w zależności od **Poważnego zachorowania** poparte zostało innymi, spełniającymi wszystkie wymogi diagnostyczne wynikami badań, w tym w szczególności badań histopatologicznych.
- 14.1.2 Ochrona ubezpieczeniowa ustaje w odniesieniu do **Ubezpiezonego** z chwilą wypłacenia świadczenia z tytułu **Poważnego zachorowania**, jednocześnie **Ubezpieczający** przestaje być zobligowany do opłacenia **Składki** w odniesieniu do danego **Ubezpiezonego**.
- 14.2 **Ograniczenie świadczenia.** Z tytułu klauzuli **Poważnego zachorowania** **Ubezpieczony** otrzymuje wypłatę tylko jednego świadczenia, w wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Umowie ubezpieczenia**, niezależnie od liczby **Poważnych zachorowań** zdiagnozowanych w **Okresie ubezpieczenia**. W przypadku

wypłacenia świadczenia z tytułu **Poważnego zachorowania Ubezpieczający** przestaje być zobligowany do opłacenia **Składki** w odniesieniu do danego **Ubezpieczonego**.

- 14.3 W przypadku stwierdzenia i diagnozy **Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel** wypłaci na rzecz **Dzieci Ubezpieczonego** dodatkowe świadczenie, w wysokości **Sumy** wskazanej w **Umowie ubezpieczenia**.
- 14.4 **Limit wieku.** Ochroną ubezpieczeniową zostaną objęte osoby, które w momencie jej rozpoczęcia, w tym również wznowienia, nie ukończyły 65 (sześćdziesiątego piątego) roku życia.

15. Pobyt w **Szpitalu Ubezpieczonego** w wyniku stwierdzenia i diagnozy **Poważnego zachorowania** (sekcja B)

- 15.1 **Zakres ubezpieczenia.** Jeżeli w wyniku **Poważnego zachorowania Ubezpieczony** jako **Pacjent hospitalizowany** przebywał w **Szpitalu**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Umowie** za każdy dzień przebywania przez **Ubezpieczonego** w **Szpitalu**, z wyłączeniem **Okresu oczekiwania**. Świadczenie będzie wypłacone maksymalnie za okres wskazany w **Umowie**.

Świadczenie dodatkowe: Jeżeli bezpośrednio po zakończeniu trwającego co najmniej 7 (siedem) dni **Pobytu** w **Szpitalu**, z tytułu którego **Ubezpieczyciel** wypłacił świadczenie rekonwalescencyjne, **Ubezpieczonemu** zalecony został przez **Uprawnionego lekarza** pobyt w domu, ambulatorium, sanatorium lub ośrodka rehabilitacji, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie rekonwalescencyjne w wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w pkt 15.1 za każdy dzień pobytu, jednak za okres nie dłuższy niż 14 (czternaście) dni.

- 15.2 **Pobyty w Szpitalu** spowodowane tym samym **Poważnym zachorowaniem** są traktowane jako jedno **Zdarzenie ubezpieczeniowe**.
- 15.3 **Wykluczenia szczególne.** Niezależnie od ogólnych wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w pkt 8, świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu** w następstwie stwierdzenia i zdiagnozowania **Poważnego zachorowania** nie zostanie wypłacone, jeżeli **Pobyt w Szpitalu** był związany z wszelkiego rodzaju leczeniem sanatoryjnym oraz wszelkiego typu pobytem w instytucjach długoterminowej opieki, takich jak: domy seniora, ośrodki rekonwalescencji, ośrodki leczenia uzależnień.

16. Zabieg operacyjny będący następstwem stwierdzenia i diagnozy **Poważnego zachorowania** (sekcja C)

- 16.1 **Zakres ubezpieczenia.** Jeżeli w następstwie stwierdzenia i diagnozy **Poważnego zachorowania Ubezpieczony** został poddany **Zabiegowi operacyjnemu**, który wystąpił w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z wyłączeniem **Okresu oczekiwania**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Umowie ubezpieczenia**.
- 16.2 **Ograniczenie świadczenia.** Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
- 16.2.1 leczenie ma na celu wyłącznie usunięcie następstw **Poważnego zachorowania**;
 - 16.2.2 zabieg ma miejsce w ciągu 24 (dwudziestu czterech) miesięcy, licząc od daty stwierdzenia i diagnozy **Poważnego zachorowania**.
- 16.3 Wyłączenia szczególne:
- 16.3.1 W przypadku sytuacji, gdy **Ubezpieczony** przejdzie więcej niż jeden **Zabieg operacyjny**, **Ubezpieczyciel** wypłaci wyłącznie 1 (jedno) świadczenie.
 - 16.3.2 Świadczenie nie podlega wypłacie, jeżeli **Ubezpieczony** umrze przed ogłoszeniem roszczenia lub w trakcie **Okresu kwalifikacji**.



Przemysław Owczarek
Dyrektor Oddziału Chubb European Group SE
Spółka Europejska Oddział w Polsce

Kontakt

Chubb European Group SE Spółka Europejska

Oddział w Polsce

Królewska 18

00-103 Warszawa

Polska

T: +48224523999

F: +48224523989

poland.office@chubb.com

O Chubb

Prowadząc działalność w 54 krajach, Chubb jest największą na świecie notowaną na giełdzie spółką specjalizującą się w ubezpieczeniach majątkowych i osobowych oferowanych przedsiębiorstwom i osobom fizycznym.

Spółka wyróżnia się bogatą ofertą produktów i usług, znaczącym potencjałem w zakresie dystrybucji, wzorową kondycją finansową, najwyższą jakością obsługi i ogromnym doświadczeniem w zakresie likwidacji szkód.

Firmy ubezpieczeniowe działające w ramach koncernu Chubb świadczą swoje usługi zarówno na rzecz wielkich międzynarodowych korporacji, jak i małych i średnich przedsiębiorstw, oferując im szeroki zakres ubezpieczeń majątkowych i osobowych. Klientami Chubb są także osoby fizyczne poszukujące ochrony ubezpieczeniowej dla aktywów o dużej wartości, swojego zdrowia i życia. Osobną grupę naszych partnerów stanowią ubezpieczyciele pragnący ograniczyć towarzyszące ich działalności ryzyko za pomocą ochrony reasekuracyjnej.

Koncern dysponuje aktywami o wartości 150 mld USD, a szacunkowa wartość składek przypisanych brutto wynosi 37 mld USD. Dzięki temu główne firmy ubezpieczeniowe wchodzące w skład koncernu mogą pochwalić się bardzo wysokimi ocenami w zakresie kondycji finansowej (ocena AA przyznana przez agencję Standard & Poor's oraz ocena A++ przyznana przez agencję A.M. Best). Spółka macierzysta Chubb notowana jest na Nowojorskiej Giełdzie Papierów Wartościowych (NYSE: CB) i wchodzi w skład indeksu S&P 500.

Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Królewska 18, 00-103 Warszawa, wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000233686, NIP 1080001001, REGON 140121695, notyfikowany Komisji Nadzoru Finansowego. Chubb European Group SE jest zakładem ubezpieczeń podlegającym przepisom francuskiego kodeksu ubezpieczeń, zarejestrowanym w Rejestrze Działalności Gospodarczej i Rejestrze Spółek (Registres du Commerce et des Sociétés – RCS) w Nanterre pod numerem 450 327 374, z siedzibą we Francji, adres: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francja. Chubb European Group SE posiada kapitał zakładowy w wysokości 896 176 662 EUR, opłacony w całości.

Chubb European Group SE Spółka Europejska jest spółką zależną spółki amerykańskiej Chubb, notowanej na giełdzie w Nowym Jorku (NYSE). Spółka należy do grupy kapitałowej Chubb Group. W związku z tym Chubb European Group SE podlega (niezależnie od sankcji wprowadzonych przez Unię Europejską, ONZ lub na szczeblu krajowym) wybranym przepisom i regulacjom Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, które mogą zabraniać udzielania ochrony ubezpieczeniowej lub wypłaty odszkodowań wybranym osobom lub podmiotom, jak również ubezpieczenia wybranych rodzajów działalności związanych z określonymi krajami i określonymi terytoriami, tj. Iran, Syria, Korea Północna, Sudan Północny, Kuba i Krym.