

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „PAKIET ŻYCIE” kod: PZ-2026-V1



Ubezpieczyciel:

CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Legnicka 48 bud. C-D, 54-202 Wrocław
KRS: 0000850161, NIP: 8943155631, REGON: 385659456



<https://ca-ubezpieczenia.pl/>



Tabela informacyjna o najważniejszych warunkach ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Numer postanowienia z Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie „Pakiet Życie”
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Śmierć ubezpieczonego: pkt 53-69, pkt 109; Poważne zachorowanie: pkt 70-82, pkt 110-111; Hospitalizacja: pkt 83-92, pkt 110, pkt 120; Wspólne: pkt 3, pkt 18-24, pkt 108, pkt 112-116, pkt 119, pkt 121-123, pkt 142, pkt 144, z uwzględnieniem pojęć w pkt 145; Wartość wykupu: nie dotyczy
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Śmierć ubezpieczonego: pkt 96; Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku: pkt 97; Poważne zachorowanie: pkt 71-73, pkt 98-99; Hospitalizacja: pkt 84-87, pkt 100-102; Wspólne: pkt 93-95, z uwzględnieniem pojęć w pkt 145
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy





„Pakiet Życie” – to indywidualne, terminowe ubezpieczenie na życie i zdrowie.
Ochrony udzielamy na podstawie tych **ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU)**.



To jest Karol, który wyjaśni Ci trudniejsze zwroty i zagadnienia. Jego komentarze są tylko wskazówką – nie zastępują pełnego tekstu tych warunków.

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.

Uwaga!

Gdy piszemy:

„Ty”, „właściciel polisy” lub „ubezpieczający” – mamy na myśli Ciebie, czyli pełnoletnią osobę fizyczną z pełną zdolnością do czynności prawnych, która zawiera z nami umowę ubezpieczenia i opłaca składkę. Nie musisz być ubezpieczonym.

„my” lub „ubezpieczyciel” – mamy na myśli nas, czyli CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

„ubezpieczony” – mamy na myśli osobę, która korzysta z naszej ochrony ubezpieczeniowej. Możesz to być Ty lub inna osoba, którą wskażesz we wniosku o umowę.



Na końcu tego dokumentu znajdziesz **SŁOWNIK**. Pojęcia, które w nim wyjaśniamy, w OWU podkreślamy przerywaną linią (np. polisa).

W OWU znajdziesz takie informacje jak:

- kogo możemy ubezpieczyć
- ile trwa ubezpieczenie
- w jakich sytuacjach wypłacimy świadczenie
- kiedy ubezpieczenie nie zadziała
- co zrobić, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego
- jakich dokumentów potrzebujemy, aby wypłacić świadczenie

Numer telefonu na naszą infolinię znajdziesz na:

<https://ca-ubezpieczenia.pl>



Pamiętaj!

Przełącz te OWU ubezpieczonemu.



Na dole każdej strony umieściliśmy strzałkę. Jeśli w wersji elektronicznej OWU naciśniesz na nią, przejdziesz do spisu treści.





Zarząd CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. zatwierdził Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie „Pakiet Życie” uchwałą nr 01/P/2026 z 28.01.2026 r., zwane dalej OWU.
OWU wchodzi w życie 13.02.2026 r. i obowiązują do umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

Spis treści

UMOWA UBEZPIECZENIA	5
Ogólne informacje	5
Co ubezpieczamy?	5
Kto może zawrzeć umowę i być objęty ochroną?	5
Co zrobić, żeby się ubezpieczyć?	5
Jak długo trwa nasza ochrona?	6
Rezygnacja z umowy ubezpieczenia	7
Od czego zależy wysokość składki i jak ją opłacać?	8
Kiedy i jak możesz zmienić umowę?	8
UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE	10
Zakres ubezpieczenia	10
Suma ubezpieczenia i świadczenie – ile wypłacimy pieniędzy i komu?	10
POWAŻNE ZACHOROWANIE	11
Zakres ubezpieczenia	11
Suma ubezpieczenia i świadczenie – ile wypłacimy pieniędzy i komu?	14
HOSPITALIZACJA	15
Zakres ubezpieczenia	15
Suma ubezpieczenia i świadczenie – ile wypłacimy pieniędzy i komu?	15
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI – W JAKICH SYTUACJACH NIE WYPŁACIMY ŚWIADCZENIA?	15
PRAWA I OBOWIĄZKI	19
Twoje oraz ubezpieczonego	19
Nasze	20
CO ZROBIĆ, ABY OTRZYMAĆ ŚWIADCZENIE?	20
REKLAMACJE	22
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	23
SŁOWNIK	23





UMOWA UBEZPIECZENIA

Ogólne informacje

1. Umowę ubezpieczenia (dalej także „umowa”) zawieramy na podstawie tych OWU.
2. Możesz zawrzeć z nami umowę jako ubezpieczający:
 - a) w placówce naszego agenta – pisemnie lub
 - b) na odległość, jeśli my lub agent udostępnimy taki sposób zakupu tego ubezpieczenia, na przykład: telefonicznie, przez stronę internetową, przez e-mail, przez aplikację mobilną.

Pamiętaj, że zakres ubezpieczenia, który kupiłeś, wskazaliśmy w polisie! Jeśli nie pamiętasz, czy kupiłeś dodatkowo poważne zachorowanie lub pobyt w szpitalu, sprawdź swoją polisę.



Co ubezpieczamy?

3. Ubezpieczamy życie ubezpieczonego. Dodatkowo możesz ubezpieczyć zdrowie ubezpieczonego.

Tabela 1 Zakres ubezpieczenia

Przedmiot ubezpieczenia	Zakres ubezpieczenia	
życie ubezpieczonego	śmierć ubezpieczonego	podstawowy
zdrowie ubezpieczonego	poważne zachorowanie	dodatkowy
	hospitalizacja	dodatkowy

Kto może zawrzeć umowę i być objęty ochroną?

4. Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym.
5. Umowę możesz zawrzeć z nami, jeżeli masz pełną zdolność do czynności prawnych oraz w dniu zawarcia umowy masz ukończone 18 lat.
6. Ty wskazujesz we wniosku osobę, która ma być ubezpieczona.
7. Możesz wskazać siebie lub inną osobę. Jeżeli wskazujesz inną osobę, musi ona wyrazić zgodę na objęcie jej ochroną, w tym na sumę ubezpieczenia.
8. Ubezpieczamy osobę, która w dniu zawarcia umowy ukończyła 18 lat, ale ma nie więcej niż 65 lat (za datę osiągnięcia 65 lat przyjmujemy datę 65 urodzin).
9. Jeśli zawierasz umowę na odległość, to umowę ubezpieczenia zawierasz wyłącznie na własny rachunek. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Ciebie, czyli Ty jesteś ubezpieczonym.
10. Ochroną w zakresie poważnego zachorowania może być objęta osoba, której wcześniej nie wypłaciliśmy świadczenia z tytułu poważnego zachorowania z ubezpieczenia „Pakiet Życie”.

Co zrobić, żeby się ubezpieczyć?

11. Jeżeli chcesz zawrzeć z nami umowę, złóż do nas wniosek o umowę. Wraz z wnioskiem ubezpieczony musi złożyć oświadczenie o stanie swojego zdrowia. Informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego są nam potrzebne, abyśmy mogli ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

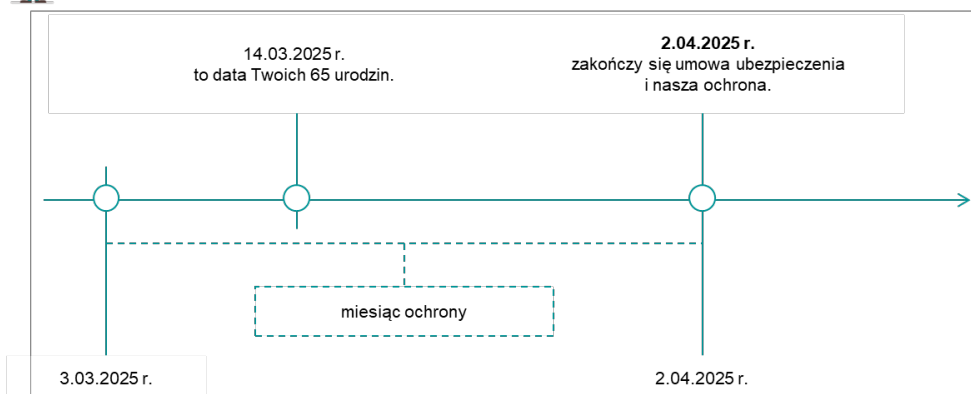




- 12.** W celu spełnienia obowiązków wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o przedstawienie dodatkowych dokumentów lub informacji.
- 13.** Umowę zawieramy na podstawie Twojego wniosku i oświadczenia ubezpieczonego o stanie jego zdrowia. We wniosku o zawarcie umowy, Ty oraz ubezpieczony, musicie podać niezbędne dane oraz złożyć wymagane oświadczenia, upoważnienia i zgody, abyśmy mogli realizować umowę.
- 14.** Jeśli zawierasz umowę:
- w placówce naszego agenta – potwierdzony przez Ciebie i ubezpieczonego wniosek, który agent potwierdzi i przyjmie, stanie się polisą,
 - na odległość – po złożeniu przez Ciebie wniosku, który agent przyjmie, dostarczymy Ci polisę e-mailem na wskazany przez Ciebie adres.
- 15.** Możemy odmówić zawarcia umowy i objęcia ubezpieczonego ochroną:
- ze względu na treść oświadczenia o stanie zdrowia ubezpieczonego lub
 - ze względu na to, że wskazana przez Ciebie suma ubezpieczenia przekracza dopuszczalną łączną sumę ubezpieczenia na ubezpieczonego z wszystkich umów zawartych w ramach ubezpieczenia „Pakiet Życie”.
- 16.** Umowę zawierasz na czas określony. Datę zawarcia umowy wskazujemy w polisie.
- 17.** Umowa kończy się z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, który wskazaliśmy w punkcie 22. Umowa zakończy się najpóźniej z ostatnim dniem miesiąca ochrony, w którym ubezpieczony ukończy 65 lat.



PRZYKŁAD



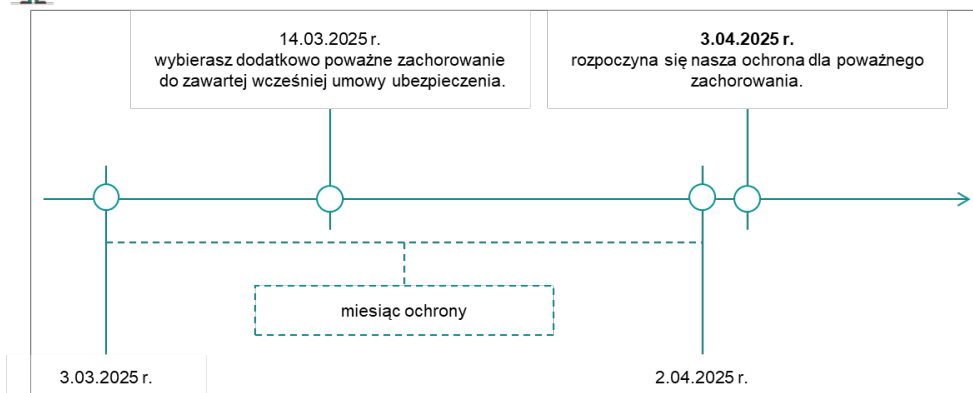
Jak długo trwa nasza ochrona?

- 18.** Okres ubezpieczenia to czas, w którym udzielamy ubezpieczonemu naszej ochrony.
- 19.** Okres ubezpieczenia rozpocznie się w dniu, który wskazaliśmy w polisie, ale nie wcześniej niż następnego dnia po dniu opłacenia pierwszej składki.
- 20.** Termin, w którym musisz zapłacić pierwszą składkę, wskazujemy w polisie. Jeżeli nie zapłacisz pierwszej składki we wskazanym przez nas terminie, to nasza ochrona się nie rozpocznie.
- 21.** Jeżeli w trakcie umowy wybierzesz dodatkowy zakres ubezpieczenia – poważne zachorowanie lub hospitalizację – okres ubezpieczenia rozpocznie się w tym zakresie po zakończeniu miesiąca ochrony, w którym zdecydujesz się na dodatkowy zakres ubezpieczenia.





PRZYKŁAD



22. Okres ubezpieczenia w ramach umowy zakończy się:

- a) z dniem rezygnacji z umowy ubezpieczenia albo
- b) z dniem śmierci ubezpieczonego, albo
- c) z ostatnim dniem miesiąca ochrony, w którym ubezpieczony ukończy 65 lat, albo
- d) z dniem, który wskazaliśmy w wezwaniu do zapłaty składki, jeżeli umowa zostanie wypowiedziana w sposób opisany w punkcie 40,

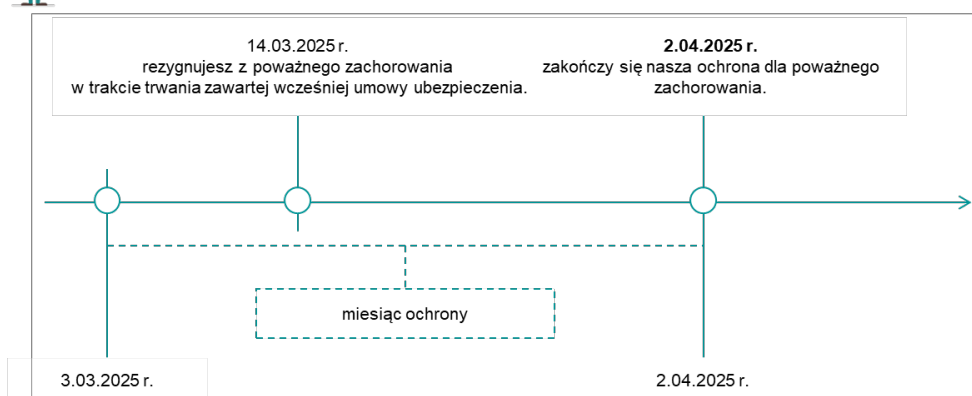
w zależności od tego, który z tych dni będzie pierwszy.

23. Nasza ochrona z tytułu poważnego zachorowania wygaśnie z dniem wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego, jeżeli wypłaciliśmy świadczenie na podstawie OWU. Będziemy nadal udzielać ochrony w pozostałym zakresie w ramach umowy ubezpieczenia.

24. Jeżeli w trakcie umowy zrezygnujesz z dodatkowego zakresu ubezpieczenia – poważnego zachorowania lub hospitalizacji – okres ubezpieczenia zakończy się w tym zakresie z końcem miesiąca ochrony, w którym zrezygnujesz z dodatkowego zakresu ubezpieczenia.



PRZYKŁAD



Rezygnacja z umowy ubezpieczenia

25. Możesz:

- a) odstąpić od umowy ubezpieczenia – w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia,
- b) wypowiedzieć umowę ubezpieczenia – po upływie 30 dni od dnia jej zawarcia.





26. Odstąpienie od umowy lub jej wypowiedzenie będzie skuteczne na koniec dnia, w którym złożysz nam takie oświadczenie.
27. Oświadczenie możesz złożyć nam lub agentowi. Jeśli wyślesz oświadczenie pocztą, przyjmujemy, że datą złożenia oświadczenia jest data stempla pocztowego.
28. Jeśli zawarliśmy umowę na odległość, możesz odstąpić od niej w ciągu 30 dni od dnia:
- a) jej zawarcia albo
 - b) w którym dotarła do Ciebie polisą, jeśli nastąpiło to po zawarciu umowy.
29. Jeśli nie poinformowaliśmy Cię, że masz prawo odstąpić od umowy najpóźniej w chwili zawarcia umowy, możesz odstąpić od niej w ciągu 30 dni od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
30. Nawet jeśli rozwiążesz z nami umowę, masz obowiązek zapłacić składkę za czas, w którym udzielaliśmy ochrony.

Od czego zależy wysokość składki i jak ją opłacać?

31. Składkę ustalamy w wysokości, która zapewnia co najmniej wykonanie wszystkich naszych zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie naszych kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej.
32. Wysokość składki obliczamy na podstawie taryfy składek, która obowiązuje w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w zależności od:
- a) wieku ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia ochrony,
 - b) zakresu ochrony,
 - c) wysokości sumy ubezpieczenia.
33. Składka zmienia się automatycznie pierwszego dnia po upływie miesiąca ochrony, w którym ubezpieczony ukończy 46 lat, a następnie 61 lat. Automatyczna zmiana składki nie dotyczy hospitalizacji.
34. Jako ubezpieczający masz obowiązek zapłacić składkę.
35. Składka należy się nam za czas, w którym udzielaliśmy ochronę ubezpieczeniową. Nawet jeśli rezygnujesz z umowy lub umowa wygaśnie, musisz opłacić składkę za ten okres.
36. Składkę opłacasz z częstotnością miesięczną za każdy miesiąc ochrony w okresie ubezpieczenia.
37. Wysokość składki oraz termin opłacania składki uzgodnimy z Tobą przed zawarciem umowy i potwierdzimy w polisie.
38. Składkę uznajemy za opłaconą, jeżeli wpłynie na nasz rachunek bankowy w pełnej wymaganej kwocie i w dniu, które wskazaliśmy w polisie.
39. Skutki niezapłacenia przez Ciebie pierwszej składki, opisaliśmy w punkcie 20.
40. Jeśli nie zapłacisz w terminie drugiej lub kolejnej składki w pełnej wysokości wskazanej w polisie, umowa przejdzie w okres prolongaty. Okres prolongaty liczymy osobno dla każdej niezapłaconej składki. W tym okresie wyślemy do Ciebie wezwanie do zapłaty zaległej składki z terminem płatności nie krótszym niż 7 dni. W wezwaniu poinformujemy Cię o skutkach braku opłacenia składki. Jeżeli nie zapłacisz składki we wskazanym terminie, uznamy, że wypowiedziałeś umowę ubezpieczenia. Zakończenie naszej odpowiedzialności nie zwalnia Cię z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym świadczyliśmy ochronę ubezpieczeniową.
41. Jeśli wpłacisz więcej niż wynosi składka, to nadpłatę przeznaczymy na kolejne składki. Jeśli poinformujesz nas, że chcesz otrzymać nadpłacone pieniądze, zwrócimy je. Pieniądze zwrócimy na rachunek bankowy, z którego otrzymaliśmy wpłatę lub który nam wskażesz. Zwrócimy je w terminie 7 dni od dnia, w którym otrzymamy od Ciebie informację.
42. Zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony, o ile taki okres występuje. Pieniądze zwrócimy na rachunek bankowy, z którego otrzymaliśmy wpłatę lub który nam wskażesz. Zwrócimy je w terminie 7 dni od zakończenia naszej ochrony.

Kiedy i jak możesz zmienić umowę?

43. Jeśli udostępniemy taką możliwość, możesz wprowadzić w umowie zmiany:
- a) wysokości sumy ubezpieczenia,
 - b) dodatkowego zakresu ubezpieczenia.

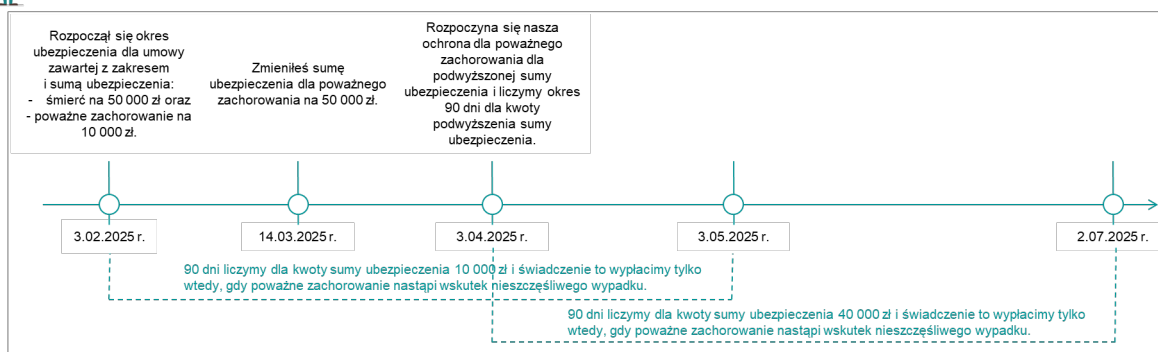




44. Ubezpieczony musi wyrazić zgodę na zmianę sumy ubezpieczenia i na zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej.
45. Ubezpieczony nie musi składać aktualnego oświadczenia o stanie swojego zdrowia przy:
- zmianie sumy ubezpieczenia na niższą,
 - rezygnowaniu z dodatkowego zakresu ubezpieczenia.
46. Ubezpieczony musi złożyć aktualne oświadczenie o stanie swojego zdrowia przy:
- zmianie sumy ubezpieczenia na wyższą,
 - wybraniu dodatkowego zakresu ubezpieczenia.
47. Możemy odmówić objęcia ubezpieczonego ochroną na wyższą sumę ubezpieczenia lub dodatkowym zakresem ubezpieczenia:
- ze względu na treść oświadczenia o stanie zdrowia ubezpieczonego lub
 - ze względu na to, że wskazana przez Ciebie suma ubezpieczenia przekracza dopuszczalną łączną sumę ubezpieczenia na ubezpieczonego z wszystkich umów zawartych w ramach ubezpieczenia „Pakiet Życie”, lub
 - jeżeli wypłaciliśmy ubezpieczonemu już świadczenie z tytułu poważnego zachorowania z ubezpieczenia „Pakiet Życie”.
- Umowa pozostanie wtedy bez zmian i będziemy udzielać ochrony na dotychczasowych warunkach.
48. W wyniku zmiany sumy ubezpieczenia lub dodatkowego zakresu ochrony, zmieni się wysokość składki.
49. Zmiana sumy ubezpieczenia lub dodatkowego zakresu ochrony i w związku z tym zmiana składki będzie obowiązywać po zakończeniu miesiąca ochrony, w którym zmieniłeś umowę. Zmiany potwierdzimy w dokumencie zmian do polisy.
50. Po zmianie sumy ubezpieczenia na wyższą, przez pierwsze 90 dni okresu ubezpieczenia udzielamy ubezpieczonemu ochrony z tytułu poważnego zachorowania – dla kwoty podwyższenia sumy ubezpieczenia – wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku.



PRZYKŁAD

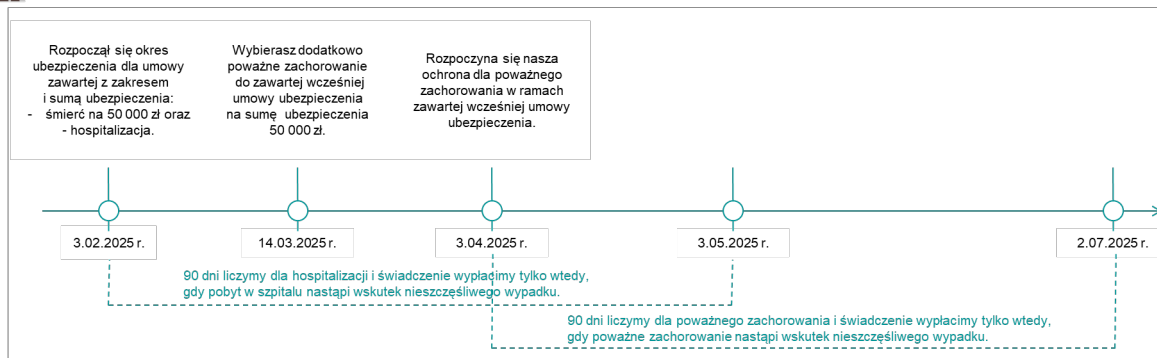


51. Po wybraniu dodatkowego zakresu ubezpieczenia, przez pierwsze 90 dni okresu ubezpieczenia udzielamy ochrony ubezpieczonemu z tytułu poważnego zachorowania lub pobytu w szpitalu wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku.





PRZYKŁAD



52. Jeśli zrezygnujesz z dodatkowego zakresu ubezpieczenia – poważnego zachorowania lub hospitalizacji – a następnie ponownie zdecydujesz się wybrać dodatkowy zakres, okresy wskazane w punktach 50-51 będziemy liczyć na nowo.

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Zakres ubezpieczenia

53. Ubezpieczamy życie ubezpieczonego.

54. Ubezpieczenie na życie obejmuje:

- a) śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia lub
- b) śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli nastąpiła do 180 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku.

Suma ubezpieczenia i świadczenie – ile wypłacimy pieniędzy i komu?

55. Suma ubezpieczenia to kwota wskazana w polisie lub w dokumencie zmian do polisy, którą wypłacimy jako świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia. W polisie lub w dokumencie zmian do polisy wskazujemy:

- a) sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci,
- b) sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli nastąpiła do 180 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku, która stanowi 200% sumy ubezpieczenia wskazanej w punkcie 55a.

56. W razie śmierci ubezpieczonego nasza odpowiedzialność polega na wypłacie świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci ubezpieczonego. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli nie ponosimy odpowiedzialności – zgodnie z tymi OWU.

57. Za dzień śmierci ubezpieczonego przyjmujemy datę śmierci ubezpieczonego wskazaną w akcie zgonu.

58. Wypłacimy tylko jedno świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w punkcie 55a albo w punkcie 55b.

59. Jeden ubezpieczony może być objęty ochroną na wypadek śmierci na łączną sumę ubezpieczenia nie wyższą niż 500 000 zł, niezależnie od liczby umów zawartych w ramach ubezpieczenia „Pakiet Życie”.

60. Świadczenie – w razie śmierci ubezpieczonego w okresie naszej ochrony – otrzyma uprawniony.

61. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego, traci on prawo do świadczenia.

62. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do odbioru świadczenia. Może to zrobić, gdy składa wniosek o umowę lub w dowolnym momencie jej trwania.

63. Ubezpieczony może w okresie umowy zmienić lub odwołać wskazane osoby uprawnione. Przy wypłacie świadczenia bierzemy pod uwagę ostatnią informację od ubezpieczonego.

64. Jeśli ubezpieczony wskazuje więcej niż jedną osobę uprawnioną, określa procent świadczenia dla każdej ze wskazanych osób z dokładnością do pełnego procenta. Udziały procentowe w świadczeniu muszą sumować się do 100%. Jeżeli ubezpieczony nie określi udziału procentowego w świadczeniu dla osób, które wskazuje przyjmujemy, że są one równe.





65. Jeśli suma udziałów procentowych w świadczeniu jest niższa lub wyższa niż 100%, proporcjonalnie podwyższymy lub obniżymy udziały, które wskazał ubezpieczony. Obliczymy je tak, aby ich łączna suma wynosiła 100%.
66. Jeżeli wskazana osoba uprawniona zmarła przed ubezpieczonym albo utraciła prawo do świadczenia, to jej część świadczenia rozdzielimy między pozostałe wskazane osoby uprawnione. Podzielimy ją między pozostałe osoby uprawnione, proporcjonalnie do udziałów procentowych w świadczeniu, które określił ubezpieczony.
67. Jeśli ubezpieczony nie wskazał osoby uprawnionej albo wszystkie wskazane osoby umarły przed nim lub utraciły prawo do świadczenia, przysługuje ono rodzinie zmarłego ubezpieczonego – według następującej kolejności:
- a) małżonek – w całości,
 - b) dzieci w równych częściach – jeżeli brak jest małżonka,
 - c) rodzice w równych częściach – jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - d) inne osoby powołane do dziedziczenia ustawowego po ubezpieczonym – w równych częściach, jeżeli brak jest małżonka, dzieci oraz nie żyją oboje rodzice.
68. Jeżeli świadczenie otrzyma osoba lub osoby wymienione w punkcie 67 w wyższej grupie (kolejność grup od litery „a” do „d”), to wyklucza, aby świadczenie otrzymały osoby wymienione w niższej grupie.
69. Osoby wymienione w punkcie 67, aby otrzymać świadczenie, muszą doręczyć:
- a) dokument, który potwierdza stopień pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym, na przykład odpis z aktu stanu cywilnego lub
 - b) prawomocne postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub prawomocne postanowienie sądu o dziale spadku (jeśli o stwierdzeniu nabycia spadku orzekał sąd w ramach postępowania o dział spadku) bądź sporządzony przez notariusza akt poświadczenia dziedziczenia.

POWAŻNE ZACHOROWANIE

Zakres ubezpieczenia

70. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego w razie poważnego zachorowania, jeśli kupiłeś ten dodatkowy zakres ubezpieczenia. Zakres ochrony ubezpieczeniowej, której udzielamy ubezpieczonemu, wskazaliśmy w polisie.
71. Poważne zachorowania ubezpieczonego objęte naszą ochroną opisaliśmy w Tabeli 2 – Poważne zachorowanie objęte ochroną.
72. Naszą ochroną obejmujemy wystąpienie u ubezpieczonego tylko jednego poważnego zachorowania w okresie ubezpieczenia.
73. Przez pierwsze 90 dni okresu ubezpieczenia ochroną obejmujemy wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku.
74. Abyśmy mogli wypłacić świadczenie z ubezpieczenia, musimy sprawdzić, czy jest to zgodne z OWU. Sprawdzimy, czy poważne zachorowanie odpowiada definicji wskazanej w [Tabeli 2 – Poważne zachorowanie objęte ochroną](#). Zweryfikujemy to na podstawie dokumentów, o które poprosimy. Wymieniliśmy je w punkcie 110-112. Sprawdzimy też, czy nie zaszła żadna z sytuacji, którą opisaliśmy w wyłączeniach odpowiedzialności.




Tabela 2 – Poważne zachorowanie objęte ochroną

Poważne zachorowanie	Opis poważnego zachorowania
łagodny nowotwór mózgu	niezłśliwy nowotwór tkanki mózgowej, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych w obrębie czaszki, który: • powoduje trwały ubytek neurologiczny, • potwierdzono wynikiem badania obrazowego: rezonansu magnetycznego (MRI) lub tomografii komputerowej (CT). Za wystąpienie łagodnego nowotworu mózgu uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie naszej ochrony. Nasza ochrona nie obejmuje: • torbieli, ziarniaków, • ropni, krwaków, • naczynek, • perlaków, • nerwiaków pourazowych, • guzów przysadki mózgowej, • guzów wywodzących się z tkanki kostnej;
nowotwór złośliwy	niekontrolowany inwazyjny wzrost i rozprzestrzenianie się komórek patologicznych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek lub tworzenie odległych przerzutów. Nasza ochrona obejmuje również białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina). Zakresem ubezpieczenia objęty jest także czerniak III stopnia Clarka lub czerniak w skali Breslowa o głębokości nacieku większej niż 0,75 mm. Nasza ochrona obejmuje nowotwór złośliwy, który został zdiagnozowany w okresie ubezpieczenia wynikiem histopatologicznym i sklasyfikowany jako nowotwór złośliwy przez lekarza specjalistę. Za wystąpienie nowotworu złośliwego uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie naszej ochrony. Nasza ochrona nie obejmuje: • pierwszego okresu ziarnicy złośliwej i zmian ograniczonych do jednego węzła chłonnego; • zmian przednowotworowych, nowotworów łagodnych – z wyjątkiem łagodnego nowotworu mózgu, który opisaliśmy powyżej; • nowotworów przedinwazyjnych i zmian „in situ”; • dysplazji szyjki macicy; • nowotworu pęcherza moczowego w stadium TA; • przewlekłej białaczki limfatycznej / limfoblastycznej; • wszystkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka (zakresem ubezpieczenia objęty jest czerniak III stopnia Clarka lub czerniak w skali Breslowa o głębokości nacieku większej niż 0,75 mm); • wczesnego nowotworu gruczołu krokowego T1 (a, b i c); • nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
paraliż	całkowita i nieodwracalna utrata funkcji ruchowej dowolnych dwóch bądź więcej kończyn: • wskutek <u>nieszczęśliwego wypadku</u> lub schorzenia, które zaistniały w okresie ubezpieczenia, • która utrzymuje się co najmniej 3 miesiące. Za wystąpienie paraliżu uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie naszej ochrony.





	Nasza ochrona nie obejmuje przemijającego osłabienia lub niedowładu mięśni (porażenie niecałkowite) wynikającego z infekcji wirusowej, a także paraliżu wynikającego z samookaleczenia lub próby samobójczej;
poważne oparzenie ciała	oparzenie trzeciego stopnia, w tym odmrożenia, obejmujące co najmniej: • 20% powierzchni ciała, w tym twarzy lub • w przypadku tylko twarzy – co najmniej 50% jej powierzchni. Za wystąpienie poważnego oparzenia ciała uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie naszej ochrony;
przeszczep narządu	leczenie operacyjne przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polegające na przeszczepieniu ubezpieczonemu jako biorcy jednego z następujących narządów: serce, płuca, wątroba, cała trzustka albo polegające na allogenicznym przeszczepie szpiku kostnego. Naszą ochroną obejmujemy przeszczep narządów przeprowadzony w okresie ubezpieczenia. Za datę wystąpienia przeszczepu narządu uważa się datę wykonania przeszczepu;
przewlekła niewydolność nerek	schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek, które wymaga stałej dializoterapii lub przeszczepu nerki. Za wystąpienie przewlekłej niewydolności nerek uważa się datę jej zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie naszej ochrony;
stwardnienie rozsiane	przewlekła choroba ośrodkowego układu nerwowego, u podłoża której leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego. Diagnoza musi potwierdzać: • ubytek neurologiczny, • przynajmniej umiarkowane, utrzymujące się anomalie neurologiczne i towarzyszące im zaburzenia przez okres co najmniej 6 miesięcy, • obecność typowych objawów demielinizacji oraz upośledzenie funkcji motorycznych lub czuciowych, • powstanie deficytu neurologicznego w stopniu co najmniej 3.0 wg rozszerzonej skali stanu niepełnosprawności (EDSS) lub równoważnego wyniku w innej skali określającej stopień niepełnosprawności. Diagnoza musi być dodatkowo poparta wynikiem badania obrazowego: rezonansem magnetycznym (MRI) lub tomografią komputerową (CT). Za wystąpienie stwardnienia rozsianego uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie naszej ochrony;
udar mózgu	martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi lub krwotokiem do tkanki mózgowej, co powoduje wystąpienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności: • istnienie nieodwracalnego deficytu neurologicznego, który jest potwierdzony nie wcześniej niż 60 dni po udarze, • obecność świeżych zmian w tkance mózgowej wynikająca z udaru, potwierdzona badaniem obrazowym, rezonansem magnetycznym (MRI) lub tomografią komputerową (CT). Za wystąpienie udaru mózgu uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie naszej ochrony. Nasza ochrona nie obejmuje: • przemijających ataków niedokrwiennych (TIA),





- pourazowego uszkodzenia tkanki mózgowej lub naczyń krwionośnych,
- wtórnego krwotoku do istniejącego wcześniej uszkodzenia mózgu,
- nieprawidłowości widocznych w badaniach obrazowych, bez wyraźnie powiązanych z udarem objawów klinicznych i neurologicznych,
- chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;

utrata wzroku

całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach (ostrość widzenia = 0 z brakiem poczucia światła), spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem. Utratę wzroku stwierdza lekarz specjalista po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku powodujących utratę wzroku. Za wystąpienie utraty wzroku uważa się datę jej zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie naszej ochrony. **Nasza ochrona nie obejmuje** utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym;

zawał serca

martwica części mięśnia sercowego z powodu nagłego przerwania dopływu krwi do mięśnia sercowego. Zawał serca musi być potwierdzony wzrostem lub spadkiem stężenia biomarkerów sercowych we krwi: troponiny I, troponiny T lub CK-MB, do poziomu uznawanego za poziom diagnostyczny ostrego zawału mięśnia sercowego, przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej dwóch z poniższych oznak niedokrwienia mięśnia sercowego:

- typowych z medycznego punktu widzenia objawów ostrego zawału mięśnia sercowego,
- obecności zmian w elektrokardiogramie (EKG) wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego,
- świeża utrata żywotności mięśnia sercowego (łac. myocardium) lub świeże regionalne zaburzenia jego funkcji skurczowej, potwierdzone w badaniu obrazowym.

Za wystąpienie zawału mięśnia sercowego uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie naszej ochrony.

Nasz ochrona nie obejmuje:

- innych ostrych zespołów wieńcowych,
- uszkodzenia mięśnia sercowego,
- dławicy piersiowej bez zawału mięśnia sercowego.

Suma ubezpieczenia i świadczenie – ile wypłacimy pieniędzy i komu?

75. Suma ubezpieczenia to kwota wskazana w polisie lub w dokumencie zmian do polisy, którą wypłacimy jako świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia.

76. W razie poważnego zachorowania ubezpieczonego nasza odpowiedzialność polega na wypłacie świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień wystąpienia poważnego zachorowania. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli nie ponosimy odpowiedzialności – zgodnie z tymi OWU.

77. Dzień wystąpienia poważnego zachorowania wskazaliśmy w definicji każdego poważnego zachorowania, które opisaliśmy w Tabeli 2 – Poważne zachorowanie objęte ochroną.

78. Świadczenie wypłacimy tylko za jedno poważne zachorowanie objęte naszą ochroną, które wystąpi u ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia. Świadczenie wynosi 100% sumy ubezpieczenia.





79. Suma ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia na wypadek jego śmierci.
80. Jeden ubezpieczony może być objęty ochroną na wypadek wystąpienia poważnego zachorowania na łączną sumę ubezpieczenia nie wyższą niż 200 000 zł, niezależnie od liczby umów zawartych w ramach ubezpieczenia „Pakiet Życie”.
81. Świadczenie – w razie wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w okresie naszej ochrony – otrzyma ubezpieczony.
82. Jeżeli ubezpieczony przenosi na osoby trzecie swoje prawa przysługujące z tytułu umowy ubezpieczenia, to Ty lub ubezpieczony powinniście nas o tym poinformować.

*Aby otrzymać świadczenie, musisz być w szpitalu przez 1 dzień.
Przykładowo - jeśli przyjęcie do szpitala było 25.09.2025 r., a wypis ze szpitala był 26.09.2025 r., to przyjmujemy, że pobyt w szpitalu trwał 1 dzień i wypłacimy świadczenie za 1 dzień pobytu w szpitalu.*



HOSPITALIZACJA

Zakres ubezpieczenia

83. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego w razie hospitalizacji, czyli pobytu ubezpieczonego w szpitalu, jeśli kupiłeś ten dodatkowy zakres ubezpieczenia. Zakres ochrony ubezpieczeniowej, której udzielamy ubezpieczonemu, wskazaliśmy w polisie.
84. Nasza ochrona nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu w pierwszych 10 miesiącach okresu ubezpieczenia, jeśli jedynym powodem pobytu w szpitalu jest ciąża.
85. Przez pierwsze 90 dni okresu ubezpieczenia ochroną obejmujemy pobyt ubezpieczonego w szpitalu wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku.
86. Świadczenie przysługuje za pobyt ubezpieczonego w szpitalu, który trwał co najmniej 1 dzień i jest liczone od 1 dnia pobytu w szpitalu, ale nie dłużej niż za:
- a) 180 dni w roku kalendarzowym – w przypadku pobytu w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, jeżeli powód ten wystąpił do 180 dni od nieszczęśliwego wypadku,
 - b) 90 dni w roku kalendarzowym – w przypadku pobytu w szpitalu z innych przyczyn niż nieszczęśliwy wypadek.
87. Jeżeli ochrona trwała przez niepełny rok kalendarzowy, to maksymalną liczbę dni pobytu w szpitalu wskazaną w punkcie 86, obliczamy proporcjonalnie do czasu trwania ochrony w roku kalendarzowym.
88. Abyśmy mogli wypłacić świadczenie z ubezpieczenia, musimy sprawdzić, czy jest to zgodne z OWU. Zweryfikujemy to na podstawie dokumentów, o które poprosimy. Wymieniliśmy je w punkcie 110 i 112. Sprawdzimy też, czy nie zaszła żadna z sytuacji, którą opisaliśmy w wyłączeniach odpowiedzialności.

Suma ubezpieczenia i świadczenie – ile wypłacimy pieniędzy i komu?

89. Suma ubezpieczenia z tytułu jednego dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w okresie ubezpieczenia to kwota wskazana w polisie, na podstawie której ustalamy wysokość świadczenia.
90. Świadczenie jest to suma ubezpieczenia z tytułu jednego dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w okresie ubezpieczenia pomnożona przez liczbę dni pobytu w szpitalu, za które zgodnie z OWU przysługuje suma ubezpieczenia. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli nie ponosimy odpowiedzialności – zgodnie z tymi OWU.
91. Świadczenie – w razie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w okresie naszej ochrony – otrzyma ubezpieczony.
92. Jeżeli ubezpieczony przenosi na osoby trzecie swoje prawa przysługujące z tytułu umowy ubezpieczenia, to Ty lub ubezpieczony powinniście nas o tym poinformować.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI – w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia?

93. W niektórych przypadkach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia.



**WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI – WSPÓLNE DLA WSZYSTKICH ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH**

94. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi przed upływem 3 lat od zawarcia umowy, a ubezpieczony zatai lub poda niezgodnie z prawdą informacje o stanie swojego zdrowia, o które pytamy go przed zawarciem umowy, a które będą miały wpływ na okoliczności zajścia zdarzenia. Tak samo postąpimy w przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia - wtedy nie wypłacimy świadczenia w wysokości kwoty podwyższenia sumy ubezpieczenia lub z rozszerzonego zakresu ubezpieczenia. Świadczenie wypłacimy jednak, jeśli informacje, które ubezpieczony zatai lub poda niezgodnie z prawdą, nie będą miały wpływu na okoliczności zajścia zdarzenia lub od zawarcia umowy, podwyższenia sumy ubezpieczenia lub od rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, upłyną 3 lata.

95. Oświadczamy, że jesteśmy spółką należącą do Grupy Crédit Agricole. Spełniamy wymogi, które wynikają z obowiązujących zasad dotyczących sankcji międzynarodowych, wydane, administrowane lub egzekwowane przez:

- a) Radę Bezpieczeństwa ONZ,
- b) Unię Europejską,
- c) Francję i Stany Zjednoczone Ameryki (w tym w szczególności środki zapobiegawcze wydane przez Biuro ds. Kontroli Aktywów Zagranicznych Departamentu Skarbu (OFAC) i Departament Stanu),
- d) lub jakiegokolwiek inny właściwy organ uprawniony do wydawania takich sankcji.

Dotyczy to również wszelkich sankcji lub środków dotyczących embargo, zamrożenia aktywów lub zasobów ekonomicznych, ograniczenia w transakcjach z osobami fizycznymi lub prawnymi lub odnoszące się do określonej własności lub terytoriów. W związku z tym nie możemy wypłacić świadczenia z umowy, jeśli będzie to naruszało postanowienia, o których pisaliśmy w tym punkcie.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI – ŚMIERĆ

96. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli śmierć nastąpi w wyniku:

- a) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego;
- b) masowego skażenia radiologicznego, chemicznego lub biologicznego;
- c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w rozruchach i zamieszkach, aktach przemocy i aktach terroru lub sabotażu – za wyjątkiem sytuacji, gdy ubezpieczony działał w stanie wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- d) samobójstwa ubezpieczonego, które popełnił w okresie dwóch lat od zawarcia umowy ubezpieczenia lub od podwyższenia sumy ubezpieczenia. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia nie wypłacimy świadczenia w wysokości kwoty podwyższenia sumy ubezpieczenia;
- e) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI – ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

97. Nie udzielamy ochrony za śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i nie wypłacimy świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w punkcie 55b, jeśli ta śmierć jest skutkiem:

- a) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego;
- b) masowego skażenia radiologicznego, chemicznego lub biologicznego;
- c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w rozruchach i zamieszkach, aktach przemocy i aktach terroru lub sabotażu – za wyjątkiem sytuacji, gdy ubezpieczony działał w stanie wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- d) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
- e) tego, że ubezpieczony był:
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,





- pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem środków zażywanych przez ubezpieczonego zgodnie z zaleceniem lekarza;
- f) samookaleczenia się ubezpieczonego, jego próby samobójczej i jej następstwa lub okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczonego;
- g) leczenia lub zabiegów o charakterze medycznym, prowadzonych poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, którym ubezpieczony dobrowolnie się poddał;
- h) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych przepisami prawa uprawnień lub prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, niedopuszczonego do ruchu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- i) wypadku lotniczego z wyjątkiem, gdy ubezpieczony uczestniczył jako pasażer lub członek załogi w przewozie lotniczym wykonywanym przez koncesjonowanego przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów o prawie lotniczym;
- j) jednorazowego lub regularnego udziału ubezpieczonego w niebezpiecznych aktywnościach sportowych (zawodowo, profesjonalnie bądź rekreacyjnie):
 - spadochroniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, szybownictwo, lotniarstwo, skoki na gumowej linie (skoki bungee),
 - sporty i wyścigi motorowe lub motorowodne,
 - nurkowanie z butla tlenową,
 - sztuki walki, sporty walki,
 - wspinaczka wysokogórska wymagająca specjalistycznego sprzętu, w tym alpinizm.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI – POWAŻNE ZACHOROWANIE, POWAŻNE ZACHOROWANIE W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

98. W opisie poważnych zachorowań w punkcie 74 w [Tabeli 2 – Poważne zachorowanie objęte ochroną](#), wymieniliśmy również sytuacje, w których nie udzielamy ochrony.

99. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli **poważne zachorowanie** nastąpi w wyniku:

- a) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego;
- b) masowego skażenia radiologicznego, chemicznego lub biologicznego;
- c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w rozruchach i zamieszkach, aktach przemocy i aktach terroru lub sabotażu – za wyjątkiem sytuacji, gdy ubezpieczony działał w stanie wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- d) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
- e) tego, że ubezpieczony był:
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
 - pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem środków zażywanych przez ubezpieczonego zgodnie z zaleceniem lekarza;
- f) samookaleczenia się ubezpieczonego, jego próby samobójczej i jej następstwa lub okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczonego;
- g) leczenia lub zabiegów o charakterze medycznym, prowadzonych poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, którym ubezpieczony dobrowolnie się poddał;
- h) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych przepisami prawa uprawnień lub prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, niedopuszczonego do ruchu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- i) wypadku lotniczego z wyjątkiem, gdy ubezpieczony uczestniczył jako pasażer lub członek załogi w przewozie lotniczym wykonywanym przez koncesjonowanego przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów o prawie lotniczym;





- j) jednorazowego lub regularnego udziału ubezpieczonego w niebezpiecznych aktywnościach sportowych (zawodowo, profesjonalnie bądź rekreacyjnie):
 - spadochroniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, szybownictwo, lotniarstwo, skoki na gumowej linie (skoki bungee),
 - sporty i wyścigi motorowe lub motorowodne,
 - nurkowanie z butlą tlenową,
 - sztuki walki, sporty walki,
 - wspinaczka wysokogórska wymagająca specjalistycznego sprzętu, w tym alpinizm
- k) zakażenia wirusem HIV, zachorowania na chorobę AIDS lub leczenia chorób będących następstwem zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem przypadków, gdy takie zakażenie lub zachorowanie było skutkiem tego, że ubezpieczony udzielał pomocy ofierze wypadku;
- l) innej przyczyny niż nieszczęśliwy wypadek przez pierwsze 90 dni okresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI – HOSPITALIZACJA, HOSPITALIZACJA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

100. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli **pobyt w szpitalu** nastąpi w wyniku:

- a) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego;
- b) masowego skażenia radiologicznego, chemicznego lub biologicznego;
- c) epidemii lub pandemii;
- d) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w rozruchach i zamieszkach, aktach przemocy i aktach terroru lub sabotażu – za wyjątkiem sytuacji, gdy ubezpieczony działał w stanie wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- e) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
- f) tego, że ubezpieczony był:
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
 - pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem środków zażywanych przez ubezpieczonego zgodnie z zaleceniem lekarza;
- g) samookaleczenia się ubezpieczonego, jego próby samobójczej i jej następstwa lub okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczonego;
- h) leczenia lub zabiegów o charakterze medycznym, prowadzonych poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, którym ubezpieczony dobrowolnie się poddał;
- i) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych przepisami prawa uprawnień lub prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, niedopuszczonego do ruchu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- j) wypadku lotniczego z wyjątkiem, gdy ubezpieczony uczestniczył jako pasażer lub członek załogi w przewozie lotniczym wykonywanym przez koncesjonowanego przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów o prawie lotniczym;
- k) jednorazowego lub regularnego udziału ubezpieczonego w niebezpiecznych aktywnościach sportowych (zawodowo, profesjonalnie bądź rekreacyjnie):
 - spadochroniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, szybownictwo, lotniarstwo, skoki na gumowej linie (skoki bungee),
 - sporty i wyścigi motorowe lub motorowodne,
 - nurkowanie z butlą tlenową,
 - sztuki walki, sporty walki,
 - wspinaczka wysokogórska wymagająca specjalistycznego sprzętu, w tym alpinizm;
- l) zakażenia wirusem HIV, zachorowania na chorobę AIDS lub leczenia chorób będących następstwem zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem przypadków, gdy takie zakażenie lub zachorowanie było skutkiem tego, że ubezpieczony udzielał pomocy ofierze wypadku;





- m) leczenia uzależnień, rehabilitacji lub opieki hospicyjnej;
- n) niepowikłanego porodu lub niepowikłanej ciąży;
- o) innej przyczyny niż nieszczęśliwy wypadek przez pierwsze 90 dni okresu.

101. Nie udzielamy ochrony za **pobyt w szpitalu** z powodu ciąży w pierwszych **10** miesiącach okresu ubezpieczenia. Jeżeli w tym okresie ubezpieczony będzie w szpitalu wyłącznie z powodu ciąży, to nie wypłacimy świadczenia.

102. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia za pobyt ubezpieczonego:

- w szpitalu psychiatrycznym lub na oddziale psychiatrycznym,
- w zakładzie opiekuńczym lub opiekuńczo-rehabilitacyjnym, szpitalu rehabilitacyjnym lub na oddziale rehabilitacyjnym,
- w sanatorium, uzdrowisku lub domu opieki,
- w hospicjum, oddziale i centrum rehabilitacyjnym lub
- w zakładzie, szpitalu lub oddziale, którego podstawowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu, narkomanii lub innych uzależnień.

PRAWA I OBOWIĄZKI

Twoje oraz ubezpieczonego

103. Ty oraz ubezpieczony macie obowiązek podać zgodnie z prawdą do naszej wiadomości wszystkie znane sobie okoliczności, o które zapytaliśmy przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub jej zmianą, w oświadczeniu o stanie zdrowia ubezpieczonego lub w innych pismach. Jeżeli Ty lub ubezpieczony zawieracie lub zmieniacie umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia lub zmiany przez nas umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważamy za nieistotne.

104. Jako ubezpieczający musisz:

- a) zgłaszać do nas zmiany danych osobowych i teleadresowych:
 - swoich oraz
 - ubezpieczonego oraz osób uprawnionych, przy czym gdy nie jesteś ubezpieczonym, potwierdzimy te zmiany z ubezpieczonym;
- b) opłacać składkę w wysokości i terminie, które wskazaliśmy w polisie;
- c) przekazać ubezpieczonemu na piśmie lub w formie innego trwałego nośnika, jeśli ubezpieczony wyrazi na to zgodę:
 - informacje o treści umowy, w tym jej warunkach. Musisz je przekazać, zanim ubezpieczony wyrazi zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową, w tym na sumę ubezpieczenia;
 - informacje i dokumenty, które otrzymujesz, gdy zawierasz z nami umowę, w szczególności OWU;
 - informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia. Musisz przekazać je ubezpieczonemu, zanim wyrazisz zgodę na takie zmiany.

105. Zgodnie z punktem 43-52, jako ubezpieczający masz prawo zmienić w umowie:

- wysokość sumy ubezpieczenia,
- dodatkowy zakres ubezpieczenia.

106. Ubezpieczony:

- a) może zwrócić się do nas, abyśmy udzielili mu informacji o jego prawach i obowiązkach, które wynikają z umowy lub z OWU;
- b) może wskazać we wniosku o umowę oraz w każdym czasie trwania umowy wskazywać, zmieniać i odwoływać osoby uprawnione do otrzymania świadczenia;
- c) ma obowiązek zgłaszać nam zmianę danych osobowych i teleadresowych swoich oraz wskazanych osób uprawnionych,
- d) musi wyrazić zgodę na zmianę umowy na niekorzyść jego lub osoby uprawnionej.





Nasze

107. My musimy:

- a) przekazywać Tobie, a także ubezpieczonemu – na jego prośbę – informacje o zmianie warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia. Musimy to zrobić, zanim strony zgodzą się na takie zmiany. Zanim wyrazisz zgodę na wprowadzenie takich zmian, musisz się z tymi zmianami zapoznać. Jeżeli Ty i ubezpieczony wyrażacie zgodę, informacje te możemy przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej;
- b) udzielać ubezpieczonemu – na jego prośbę – informacji o jego prawach i obowiązkach, które wynikają z umowy lub z OWU. Musimy to zrobić, gdy jest inną osobą niż Ty;
- c) prawidłowo i terminowo wykonywać nasze obowiązki, które wynikają:
 - z umowy ubezpieczenia lub
 - przepisów prawa, obowiązujących na dzień ich realizowania.

CO ZROBIĆ, ABY OTRZYMAĆ ŚWIADCZENIE?

108. Można nas poinformować o zdarzeniu ubezpieczeniowym w następujący sposób:

- a) elektronicznie – można wysłać e-mail na: szkoda@ca-ubezpieczenia.pl lub wypełnić formularz na: <https://ca-ubezpieczenia.pl>,
- b) telefonicznie – można zadzwonić pod numer infolinii, który wskazaliśmy na: <https://ca-ubezpieczenia.pl>,
- c) pisemnie lub osobiście w naszej siedzibie lub w każdej jednostce agenta obsługującego klientów.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO – wymagane dokumenty

109. Aby otrzymać świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam:

- a) odpis aktu zgonu ubezpieczonego;
- b) kartę zgonu ubezpieczonego, a jeżeli jej brak, inny dokument medyczny, który potwierdza przyczynę śmierci ubezpieczonego;
- c) dokument, z którego wynika, że zmieniła dane osobowe, jeżeli je zmieniła po tym, gdy ubezpieczony wskazał ją jako osobę uprawnioną. Przykładowo, w przypadku zmiany nazwiska, może to być odpis skróconego aktu małżeństwa;
- d) dokumenty, które potwierdzają śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wniosek dotyczy świadczenia z tego tytułu. Przykładowo może to być: protokół, notatka policji, postanowienia prokuratury;
- e) dokumenty, które wskazaliśmy w punkcie 69, o ile dotyczy to osoby, która wnioskuje o świadczenie.

POWAŻNE ZACHOROWANIE LUB HOSPITALIZACJA – wymagane dokumenty

110. Aby otrzymać świadczenie z tytułu poważnego zachorowania lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu osoba, która składa wniosek, musi dostarczyć nam:

- a) dokumentację medyczną, która potwierdza:
 - wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w okresie naszej ochrony (np. dokumentacja ze szpitala, wynik badania diagnostycznego, histopatologicznego lub wynik badania obrazowego: rezonansu magnetycznego (MRI) lub tomografii komputerowej (CT));
 - pobyt ubezpieczonego w szpitalu i jego przyczynę w okresie naszej ochrony – dokumentację ze szpitala;
- b) dokument, z którego wynika, że ubezpieczony zmienił dane osobowe, jeżeli je zmienił. Przykładowo, w przypadku zmiany nazwiska, może to być odpis skróconego aktu małżeństwa;
- c) dokumenty, które potwierdzają nieszczęśliwy wypadek, jeżeli wniosek dotyczy świadczenia z tego tytułu. Przykładowo może to być: protokół, notatka policji, postanowienia prokuratury.





-
- 111.** Możemy skierować ubezpieczonego na nasz koszt na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, jeżeli jest to konieczne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu poważnego zachorowania.
-
- 112.** Możemy poprosić o inne dodatkowe dokumenty, jeżeli te które już otrzymaliśmy nie wystarczą, abyśmy ustalili naszą odpowiedzialność lub wysokości świadczenia.
- 113.** Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
- 114.** W celu spełnienia obowiązków wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy poprosić o przedstawienie dodatkowych dokumentów lub informacji.
- 115.** Możemy poprosić, aby dostarczyć oryginały dokumentów lub ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez agenta lub notariusza. Zrobimy to, jeżeli jest to konieczne, abyśmy ustalili naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.
- 116.** Jeżeli nie otrzymamy dokumentów, o które prosimy, a te które mamy nie pozwalają ustalić naszej odpowiedzialności, możemy odmówić wypłaty świadczenia.
- 117.** Poinformujemy ubezpieczającego lub ubezpieczonego o tym, że wystąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte naszą ochroną, jeśli to zdarzenie zgłosiła do nas inna osoba.
- 118.** Jeżeli ubezpieczający i ubezpieczony to dwie różne osoby, o śmierci ubezpieczonego mogą nas poinformować również jego spadkobiercy. Spadkobierców ubezpieczonego będziemy traktować tak, jak uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 119.** Świadczenie wypłacimy w terminie 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu ubezpieczeniowym wraz z dokumentami niezbędnymi do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia.
- 120.** Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu wypłacimy po zakończeniu jego pobytu w szpitalu. Natomiast po upływie 14 (czternastu) dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu, ubezpieczony lub wyznaczony przez niego pełnomocnik może wystąpić do nas o wypłatę częściową. Wniosek o wypłatę częściową można ponowić po upływie każdych kolejnych 14 (czternastu) dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu. W takim przypadku wypłacimy świadczenie w częściach. Z wnioskiem o wypłatę częściową muszą być złożone dokumenty, które wskazaliśmy w punkcie 110 i 112.
- 121.** Jeśli mamy wątpliwości, czy powinniśmy wypłacić całe świadczenie albo jego część, w terminie, o którym mowa w punkcie 119-120, wypłacimy tę część świadczenia, do której nie mamy zastrzeżeń. Resztę wypłacimy do 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – mogliśmy wyjaśnić nasze wątpliwości.
- 122.** Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w całości lub w części w terminie, który wskazaliśmy w punkcie 119-120 pisemnie poinformujemy o tym osobę, która złożyła wniosek o wypłatę świadczenia.
- 123.** Jeżeli uznamy, że świadczenie nie jest należne w całości lub w części, pisemnie poinformujemy o tym osobę, która złożyła wniosek o wypłatę świadczenia. W piśmie uzasadnimy naszą decyzję, podamy podstawę prawną i poinformujemy o tym, że można dochodzić roszczeń na drodze sądowej.
- 124.** Świadczenie wypłacimy jednorazowo przelewem na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego lub ubezpieczonego. Poinformujemy o tym uprawnionego lub ubezpieczonego pisemnie.
- 125.** Świadczenie wypłacone z umowy ubezpieczenia, podlega opodatkowaniu zgodnie z przepisami regulującymi opodatkowanie osób fizycznych lub opodatkowanie osób prawnych, które obowiązują na dzień wypłaty świadczenia.
- 126.** Na żądanie ubezpieczającego, ubezpieczonego, uprawnionego lub osoby, która złożyła wniosek o wypłatę świadczenia, możemy udostępnić informacje i dokumenty, które zgromadziliśmy, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać, abyśmy pisemnie potwierdzili udostępnione informacje oraz wykonali na ich koszt kserokopie dokumentów i potwierdzili ich zgodność z oryginałem.
- 127.** Informacje i dokumenty, o których mowa w punkcie 126, udostępnimy na żądanie w postaci elektronicznej.
-





REKLAMACJE

128. Ty, ubezpieczony lub uprawniony, macie prawo złożyć reklamację na świadczone przez nas usługi oraz prawo do składania skarg i zażaleń. Możecie to zrobić:

- a) **na piśmie w postaci papierowej** – przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 366, 820 i 1456) albo nadaną w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, na nasz adres, który wskazaliśmy na początku OWU lub na adres naszego agenta;
- b) **na piśmie w postaci papierowej** osobiście podczas wizyty naszej siedzibie pod adresem, który wskazaliśmy na początku OWU lub w każdej jednostce agenta ubezpieczeniowego obsługującej klientów;
- c) **na piśmie w postaci elektronicznej** na adres do doręczeń elektronicznych w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych:
 - na nasz: AE:PL-62833-83038-UJJAT-31,
 - lub naszego agenta Credit Agricole Bank Polska S.A.: AE:PL-37709-98185-TIVUW-29;
- d) **na piśmie w postaci elektronicznej** za pośrednictwem poczty elektronicznej, na adres: reklamacje@ca-ubezpieczenia.pl;
- e) **ustnie**:
 - **telefonicznie**: 801 300 515 – jeśli dzwonisz z Polski lub (+48 71) 77 32 333 – jeśli dzwonisz z zagranicy (koszt połączenia według taryfy Twojego operatora);
 - **osobiście** do protokołu podczas wizyty w naszej siedzibie pod adresem, który wskazaliśmy na początku OWU lub w każdej jednostce agenta ubezpieczeniowego obsługującej klientów.

129. Na reklamację odpowiadamy w postaci:

- a) **papierowej** na adres korespondencyjny osoby, która złożyła reklamację, jeśli osoba ta złożyła reklamację:
 - na piśmie w postaci papierowej albo
 - ustnie lub na piśmie w postaci elektronicznej i wybrała taki sposób udzielenia odpowiedzi,
- b) **elektronicznej** na adres e-mail osoby, która złożyła reklamację, albo inny wskazany przez nią środek komunikacji elektronicznej, jeśli osoba ta złożyła reklamację:
 - na piśmie w postaci elektronicznej albo
 - ustnie lub na piśmie w postaci papierowej i wybrała taki sposób udzielenia odpowiedzi,
- c) **elektronicznej** na adres do doręczeń elektronicznych osoby, która złożyła reklamację, jeśli osoba ta złożyła reklamację na nasz adres do doręczeń elektronicznych w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych.

130. Reklamacja musi być złożona tak, abyśmy mogli zidentyfikować osobę, która ją wnosi, a także przedmiot reklamacji, skargi lub zażalenia. Osoba, która zgłasza reklamację, powinna podać imię, nazwisko i adres do korespondencji. W przypadku reklamacji składanych na piśmie w postaci papierowej, reklamacja powinna być podpisana przez osobę, która składa reklamację.

131. Reklamacje rozpatrujemy tak szybko, jak to tylko możliwe, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Jeśli nie możemy rozpatrzyć reklamacji w ciągu 30 dni, poinformujemy osobę, która ją złożyła:

- a) o przyczynie opóźnienia oraz
- b) nowym terminie naszej odpowiedzi.

Łączny czas rozpatrzenia reklamacji nie może być dłuższy niż 60 dni od daty, kiedy ją otrzymaliśmy. Abyśmy zachowali termin odpowiedzi wystarczy, że wyślemy ją przed jego upływem. Jeżeli nie dotrzemy terminu rozpatrzenia reklamacji, którą złożyła osoba fizyczna, oznacza to, że jest ona rozpatrzona zgodnie z wolą składającego reklamację.

132. Ty, ubezpieczony lub uprawniony możecie zwrócić się:

- a) o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta,
- b) do Rzecznika Finansowego (www.rf.gov.pl) o rozpatrzenie sprawy,
- c) o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów,
- d) do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (https://www.knf.gov.pl/dla_rynku/sad_polubowny_przy_KNF).

133. Nadzoruje nas Komisja Nadzoru Finansowego.





POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- 134.** Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia pomiędzy Tobą, ubezpieczonym, nami powinny mieć formę pisemną, z wyjątkiem przypadków wymienionych w OWU lub inną, którą uzgodniliśmy z Tobą (właścicielem polisy) lub ubezpieczonym.
- 135.** Zmiana umowy wymaga zgody jej stron. Zgoda na zmianę może być wyrażona w formie pisemnej lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, jeżeli strony zgodziły się na ten sposób komunikacji.
- 136.** Pozew w sprawach, które wynikają z umowy, można złożyć do sądu:
- a) według przepisów o właściwości ogólnej albo
 - b) właściwego dla Twojego miejsca zamieszkania albo
 - c) właściwego dla miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy albo
 - d) według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 137.** Jeżeli zgodnie z prawem będziemy zobowiązani pobrać i odprowadzić jakiekolwiek należności w związku z wykonaniem któregośkolwiek zobowiązania wynikającego z umowy, to pobrane kwoty pomniejszą wysokość wypłat.
- 138.** Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić ze świadczenia jakiekolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, świadczenie zmniejszymy o te kwoty.
- 139.** Jako instytucja obowiązana stosujemy środki bezpieczeństwa finansowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
- 140.** Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych reguluje warunki zaspokajania roszczeń osób uprawnionych z umowy przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.
- 141.** Sprawozdanie o naszej wypłacalności i kondycji finansowej udostępniamy na naszej stronie internetowej: <https://ca-ubezpieczenia.pl/> lub na żądanie w naszej siedzibie.
- 142.** Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
- 143.** Językiem właściwym, który stosujemy do umowy ubezpieczenia, jest język polski.
- 144.** W sprawach, których nie opisaliśmy w tych OWU, będziemy stosować przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

SŁOWNIK

- 145.** Tak rozumiemy pojęcia użyte w OWU, polisę i innych dokumentach związanych z tym ubezpieczeniem:

agent	agent ubezpieczeniowy, który działa w naszym imieniu i jest wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych. Rejestr ten prowadzi Komisja Nadzoru Finansowego. Agent może w naszym imieniu zawierać i wykonywać umowy ubezpieczenia na podstawie tych OWU;
akt przemocy	celowe użycie siły fizycznej przeciwko sobie lub innej osobie, które powoduje: ból, choroby, zaburzenia psychiczne, urazy, a nawet śmierć;
akt terroru	działanie indywidualne lub grupowe z bezprawnym użyciem przemocy, broni lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, aby osiągnąć cele ideologiczne, religijne, społeczne, polityczne lub ekonomiczne. Działanie to ma na celu wprowadzenie chaosu, zastraszanie ludności, dezorganizację życia publicznego, funkcjonowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych;
jeden dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu	liczbę dni pobytu w <u>szpitalu</u> ustalamy od daty przyjęcia ubezpieczonego do <u>szpitala</u> do daty jego wypisania ze <u>szpitala</u> . Jeden dzień pobytu ubezpieczonego w <u>szpitalu</u> oznacza, że ubezpieczony w jednym dniu został przyjęty do <u>szpitala</u> , a następnego dnia został wypisany ze <u>szpitala</u> ;





miesiąc ochrony	okres ubezpieczenia, za który opłaciłeś składkę miesięczną. Składkę opłacasz w dniu poprzedzającym pierwszy dzień każdego miesiąca ochrony. Dzień płatności pierwszej składki jest wskazany w <u>polisie</u> . Dniem płatności każdej kolejnej składki miesięcznej jest ten sam dzień każdego miesiąca kalendarzowego, który datą odpowiada dniowi płatności pierwszej składki. Jeśli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym, składka jest płatna w ostatnim dniu tego miesiąca;
nieszczęśliwy wypadek	nagle zdarzenie, które: a) wystąpiło w okresie ubezpieczenia oraz b) jest niezależne od woli ubezpieczonego, oraz c) jest przyczyną <u>zdarzenia ubezpieczeniowego</u>, które obejmujemy naszą ochroną, oraz d) wywołały czynniki zewnętrzne, czyli takie, które pochodzą spoza organizmu ubezpieczonego;
okres prolongaty	okres 30 dni, w którym musisz opłacić brakującą składkę. Rozpoczyna się po dniu, w którym nie zapłaciłeś składki zgodnie z umową. W tym czasie ubezpieczony jest objęty naszą ochroną;
polisa	dokument, w którym potwierdzamy zawarcie umowy i jej warunki. Przekazujemy ją ubezpieczającemu;
szpital	zakład leczenia zamkniętego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, przeznaczony do udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych chorym, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej. Za szpital nie uznajemy: • szpitali psychiatrycznych lub oddziałów psychiatrycznych, • zakładów opiekuńczych, opiekuńczo-rehabilitacyjnych, szpitali rehabilitacyjnych lub oddziałów rehabilitacyjnych, • sanatoriów, uzdrowisk lub domów opieki, • hospicjów, oddziałów i centrów rehabilitacyjnych lub • zakładów, szpitali lub oddziałów, których podstawowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu, narkomanii lub innych uzależnień;
świadczenie / świadczenie ubezpieczeniowe	kwota, którą wypłacimy <u>uprawnionemu</u> lub ubezpieczonemu zgodnie z OWU, jeśli w okresie naszej ochrony wystąpi <u>zdarzenie ubezpieczeniowe</u> ;
uprawniony	osoba fizyczna lub inny podmiot uprawnieni do otrzymania <u>świadczenia</u> w razie śmierci ubezpieczonego: a) wskazani przez ubezpieczonego lub b) na podstawie OWU lub przepisów prawa;
wypłata częściowa	część <u>świadczenia</u> z tytułu pobytu ubezpieczonego w <u>szpitalu</u> , którą możemy wypłacić na wniosek ubezpieczonego przed zakończeniem pobytu ubezpieczonego w <u>szpitalu</u> . Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę częściową nie wcześniej niż po 14 (czternastu) dniach jego nieprzerwanego pobytu w <u>szpitalu</u> ;
rozruchy i zamieszki	zbiorowy akt naruszenia porządku publicznego;
zdarzenie ubezpieczeniowe	UBEPIECZENIE NA ŻYCIE • śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia lub • śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia w wyniku <u>nieszczęśliwego wypadku</u>, jeśli nastąpiła do 180 dni od dnia <u>nieszczęśliwego wypadku</u>; POWAŻNE ZACHOROWANIE wystąpienie u ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia jednego poważnego zachorowania objętego naszą ochroną, które opisaliśmy w punkcie 74 w <u>Tabeli 2 – Poważne zachorowanie</u> ; HOSPITALIZACJA





pobyt ubezpieczonego w szpitalu w okresie naszej ochrony, który trwał co najmniej 1 dzień, liczony od 1 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu, ale nie dłużej niż:

- a) 180 dni w roku kalendarzowym – w przypadku pobytu w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, jeżeli powód ten wystąpiła do 180 dni od nieszczęśliwego wypadku,
- b) 90 dni w roku kalendarzowym – w przypadku pobytu w szpitalu z innych przyczyn niż nieszczęśliwy wypadek,

pod warunkiem, że ochrona trwała cały rok kalendarzowy. Jeżeli ochrona trwała przez niepełny rok kalendarzowy, to maksymalną liczbę dni pobytu w szpitalu obliczamy proporcjonalnie do czasu trwania ochrony w roku kalendarzowym.

Pobyt ubezpieczonego na różnych oddziałach szpitala lub w różnych szpitalach uznaje się za jeden pobyt, jeśli nie był przerwany pobytem w domu.

