

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Pakiet Bezpieczny nr O11/KW2018

Informacja dotycząca ubezpieczenia w ramach Ogólnych Warunków Ubezpieczenia numer O11/KW2018

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. Przesłanek wypłaty świadczenia	§ 2
	§ 4
	§ 5
2. Ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2
	§ 8
	§ 11

§ 1. WSTĘP

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy CNP Santander Insurance Europe DAC z siedzibą w Dublinie (Irlandia) a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy Ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia określony jest w § 4 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane z dużej litery oznaczają:

- Agent** – Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela.
- Akt terroryzmu** – akt polegający na użyciu siły lub przemocy przez pojedynczą osobę lub grupę osób działających samodzielnie, w imieniu jakiegokolwiek organizacji lub rządu, bądź w porozumieniu z taką organizacją lub rządem, popełniony z pobudek politycznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych, z zamiarem wywarcia wpływu na rząd lub zastraszenia społeczeństwa albo jego części.
- Aktywność zawodowa**:
 - świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy w wymiarze co najmniej 20 godzin tygodniowo,
 - świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej,
 - prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej,
 - prowadzenie działalności rolniczej niezakwalifikowanej do pkt 3) powyżej.
- Bójka** – starcie co najmniej trzech osób, z których każda występuje równocześnie w roli atakującego i broniącego się.
- Działania wojenne** – działania sił zbrojnych w czasie wojny mające na celu rozbicie sił zbrojnych, potencjału obronnego przeciwnika na lądzie, w powietrzu, na akwenach, oraz w strefie telekomunikacji i infrastruktury informatycznej.
- Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, pod

fachową opieką lekarską, poprzedzony odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w szpitalu trwający krócej niż 24 godziny, pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych, ani pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.

- Katastrofa naturalna** – zdarzenie związane z działaniem sił natury, powodujące drastyczne zmiany środowiska i wywołane przez czynniki naturalne: wstrząsy sejsmiczne, wybuchy wulkanów, pożary, susze, powodzie, huragany, fale tsunami, zjawiska lodowe na rzekach, morzach, jeziorach i innych zbiornikach wodnych, długotrwałe występowanie ekstremalnych temperatur, osuwiska ziemi, masowe występowanie szkodników, chorób roślin i zwierząt.
- Klient** – pełnoletnia osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych.
- Konsultant** – specjalistyczna placówka medyczna działająca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, współpracująca z Ubezpieczycielem przy wykonywaniu Krajowej powtórnej opinii medycznej.
- Krajowa powtórna opinia medyczna** – przygotowana przez Konsultanta niezależna opinia medyczna w przypadku stwierdzenia wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania.
- Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego.
- Małżonek** – osoba pozostająca w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia w związku małżeńskim z Ubezpieczającym.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenie ciała.
- Oparzenie** – działanie wysokiej temperatury (w formie gazowej, ciekłej i stałej) na powierzchnię ciała Ubezpieczonego wywołane Nieszczęśliwym wypadkiem, powodujące u Ubezpieczonego oparzenia określone w Załączniku nr 1 – Tabela Norm oceny stopnia urazu (Złamania i/lub Oparzenia).
- Osoby Aktywne Zawodowo** – osoby przed ukończeniem 65 (a w przypadku kobiet 60) roku życia, które:
 - wykonyują Aktywność zawodową lub
 - wykonyują Aktywność zawodową, ale przebywają na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich lub płatnych urloпах wypoczynkowych.
- Osoby Nieaktywne Zawodowo** – osoby, które nie wykonują Aktywności zawodowej lub które ukończyły 65 (a w przypadku kobiet 60) rok życia, lub które nabyły uprawnienie do emerytury lub renty zgodnie z właściwymi przepisami prawa.
- OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Pakiet Bezpieczny nr O11/KW2018.
- Partner** – wskazana w SUU osoba będąca w związku nieformalnym z Ubezpieczającym, polegającym na prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego, charakteryzującym się istnieniem więzi społecznej, fizycznej i ekonomicznej w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
- Pojazd** – wyposażony w silnik, środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze oraz maszyna lub urządzenie do tego przystosowane.
- Poważne zachorowanie** – nowotwór złośliwy, zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek, przeszczep narządów rozumiane zgodnie z poniższymi definicjami, zdiagnozowane w okresie Ubezpieczenia:
 - nowotwór (guz) złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
 - zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwanym dopływem krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
 Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

- 3) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzonych w badaniu neurologicznym w okresie 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).
- Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - wtórne krwotoki do istniejących ognisk pourazowych,
 - jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.
- 4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.
- 5) **przeszczepianie narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonego jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
- Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
22. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowane do Ubezpieczyciela lub innych właściwych organów, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
23. **Sanatorium** – działające na podstawie przepisów Ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych następujące zakłady lecznictwa uzdrowiskowego: szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa.
24. **Sporty niebezpieczne** – amatorskie uprawianie następujących dyscyplin i aktywności sportowych: wspinaczka górską i skałkowa, speleologia, rafting i wszystkie jego odmiany, wyścigi samochodowe lub motocyklowe w tym motocross, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, żeglarstwo morskie, myślistwo, sztuki walki i sporty obronne, kolarstwo górskie, narciarstwo (narty/snowboard) poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, skoki narciarskie, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na bezdechu, conyoning, baloniarstwo, bungee, B.A.S.E. jumping, surfing, kitesurfing, windsurfing, paralotniarstwo, szybownictwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo oraz wszelkie ich odmiany, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów). Za sporty ekstremalne uważa się również uczestniczenie w wyprawach survivalowych dla wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi (pustynia, góry powyżej 2 500 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe lub śnieżne).
25. **Sporty uprawiane wyczynowo** – uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych polegające na uczestniczeniu w treningach, obozach, zawodach sportowych, a także traktowanie sportu jako zawód, stałe jego wykonywanie w celach zarobkowych.
26. **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego zarejestrowanego jako bezrobotny we właściwym urzędzie, w rozumieniu Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych. Dzień uzyskania Statusu bezrobotnego wskazany jest w decyzji wydanej przez właściwy urząd.
27. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, określona odrębnie dla każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego w § 5 ust. 1 OWU.
28. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Ubezpieczyciela zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, zgodnie z wybranym przez niego wariantem.
29. **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w tym Ustawy o działalności leczniczej, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj. wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem – w rozumieniu niniejszych OWU – nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.
30. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy:**
- dla Osób Aktywnych Zawodowo** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek Aktywności zawodowej, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona orzeczeniem

wydanym na okres co najmniej 12 miesięcy przez właściwego lekarza orzecznika (ZUS, KRUS), właściwą komisję lekarską, prawomocnym orzeczeniem lub prawomocnym wyrokiem sądu lub decyzją organu rentowego, zgodnie z właściwymi przepisami prawa, przy czym za datę wystąpienia tego Zdarzenia ubezpieczeniowego uznawana będzie data powstania nieodwracalnej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek Aktywności zawodowej;

- dla Osób Nieaktywnych Zawodowo** – wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
 - całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - całkowitej stracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej stracie mowy, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie obu nóg, lub
 - całkowitej stracie obu stóp, lub
 - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - całkowitą paraliż kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - całkowitą paraliż dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)
 przy czym za datę wystąpienia tego Zdarzenia ubezpieczeniowego uznawana będzie data zaistnienia którejkolwiek z wyżej wymienionych okoliczności.
- Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty składki.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonego na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
- Ubezpieczony** – osoba, której życie, zdrowie lub interes majątkowy utracone w następstwie Nieszczęśliwego wypadku są przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający lub Ubezpieczający i jego Małżonek/Partner – w zależności od wybranego pakietu Ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel** – CNP Santander Insurance Europe DAC (zwane dalej CNPSIE) z siedzibą w Dublinie, 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, zarejestrowany w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488062 gwarantujący ochronę ubezpieczeniową zgodnie z zakresem określonym w §4 niniejszych OWU. Ubezpieczyciel posiada zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej udzielone przez Central Bank of Ireland oraz notyfikował działalność ubezpieczeniową na terytorium Polski w Komisji Nadzoru Finansowego i podlega nadzorowi:
 - Central Bank of Ireland w Irlandii, oraz
 - Komisji Nadzoru Finansowego w Polsce, w zakresie określonym we właściwych przepisach prawa.
- Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Ubezpieczyciela załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część.
- Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczającego, a także jego Małżonka/Partnera w przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia na jego rzecz, jako uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.
- Utrata pracy** – zakończenie Aktywności zawodowej z przyczyn nieleżących po stronie Ubezpieczonego, po której nastąpiło uzyskanie Statusu bezrobotnego. Utrata pracy nie dotyczy Ubezpieczonych wykonujących Aktywność zawodową wskazaną w ust. 3 pkt 4 powyżej. Ponadto:
 - W przypadku wykonywania Aktywności zawodowej wskazanej w ust. 3 pkt 1) i 2) przez Utratę pracy rozumie się zakończenie wykonywania Aktywności zawodowej z przyczyn nieleżących po stronie Ubezpieczonego na zasadach przewidzianych w przepisach prawa pracy i, odpowiednio, przepisach prawa cywilnego, skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego;
 - W przypadku wykonywania Aktywności zawodowej wskazanej w ust. 3 pkt 3) przez Utratę pracy rozumie się zakończenie wykonywania Aktywności zawodowej polegające na zaprzestaniu prowadzenia działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej i wykreśleniu wpisu z ewidencji działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub dotyczącej wykonywania określonego zawodu, lub uprawomocnieniu się postanowienia o ogłoszeniu upadłości osoby prowadzącej działalność gospodarczą lub uprawomocnieniu się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego w sytuacji, gdy:
 - w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony prowadzący działalność gospodarczą (w tym rolniczą) lub zawodową ponosił stratę, albo
 - Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej wskutek obowiązująca na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających

prowadzenie takiej działalności przez Ubezpieczonego.

38. **Wada wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
39. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte Ubezpieczeniem w ramach Umowy, które zaszły w okresie Ubezpieczenia, określone w § 4 i § 5 OWU.
40. **Złamanie** – fizyczne uszkodzenie ciała, powodujące upośledzenie lub dysfunkcję czynności organizmu, będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, skutkujące złamaniem co najmniej jednej kości, określone w Załączniku nr 1 – Tabela Norm oceny stopnia urazu (Złamania i/lub Oparzenia).

§ 3. RODZAJ I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie utracone w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (ubezpieczenia osobowe – wypadku i choroby) oraz interes majątkowy (ubezpieczenia majątkowe) Ubezpieczonego.

§ 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Zakres Ubezpieczenia oferowany przez Ubezpieczyciela dostosowany jest do statusu Ubezpieczonego (Osoba Aktywna Zawodowo albo Osoba Nieaktywna Zawodowo), wskazany jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, i obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe niezależnie od miejsca ich wystąpienia:

Pakiet Bezpieczny	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku		Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku		Utrata pracy	
	Ubezpieczający	Małżonek/ Partner	Ubezpieczający	Małżonek/ Partner	Ubezpieczający	Małżonek/ Partner
JA	•		•			
JA + Praca	•		•		•	
MY	•	•	•	•		
MY + JA Praca	•	•	•	•	•	
MY + PARTNER Praca	•	•	•	•		•
MY + Praca	•	•	•	•	•	•

2. Dodatkowo Ubezpieczający w Pakiecie Bezpiecznym JA i Pakiecie Bezpiecznym JA + Praca może rozszerzyć zakres swojego Ubezpieczenia o poniższe opcje:

Nazwa opcji	Zakres ubezpieczenia
Opcja I – Złamania NW + oparzenia NW*	– Złamania i/lub oparzenia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – Assistance ortopedyczno-rehabilitacyjny
Opcja II – Poważne zachorowanie	– Poważne zachorowanie – Assistance – Krajowa powtórna opinia medyczna
Opcja III – Hospitalizacja NW* + sanatorium NW*	– Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – Assistance sanatoryjny w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

* NW – w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

§ 5. OPIS ŚWIADCZEŃ I SUMY UBEZPIECZENIA

1. Poniższa tabela opisuje wysokość świadczeń ubezpieczeniowych dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych oraz powiązane z tym Sumy ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia (na jedno i wszystkie Zdarzenia)
1. Śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia.	10.000,00 PLN
2. Trwała i całkowita niezdolność do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ubezpieczyciel wypłaci miesięczne świadczenie w wysokości 1000 PLN (jeden tysiąc złotych) przez okres pięciu (5) lat (60 miesięcy). 2) Wypłata miesięcznego świadczenia będzie obejmowała okres pięciu (5) lat liczony od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe. 3) Miesięczne świadczenie, o którym mowa w pkt 2) powyżej, na pisemny wniosek Ubezpieczonego, może być zamienione na jednorazową wypłatę jako suma należnych i niewypłaconych świadczeń miesięcznych. 4) W przypadku śmierci Ubezpieczonego pozostała do wypłaty po dniu śmierci Ubezpieczonego suma miesięcznych świadczeń zostanie wypłacona jednorazowo na rzecz Uposażonego/Uposażonych, a jeżeli nie zostali wskazani, wówczas stosuje się §10 ust 5 OWU. 	Łącznie 60.000,00 PLN
3. Utrata pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ubezpieczyciel wypłaci miesięczne świadczenie w kwocie 500 PLN (pięćset złotych) za każde 30 dni posiadania Statusu bezrobotnego. 2) Dla jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego wypłata może wynieść maksymalnie 6 świadczeń miesięcznych. 3) W przypadku, gdy kolejne zdarzenie Utraty pracy wystąpi w czasie krótszym niż 6 miesięcy od daty zakończenia poprzedniego zdarzenia Utraty pracy, świadczenie należne jest od pierwszego dnia kolejnej Utraty pracy i jest ona traktowana jako kontynuacja wypłaty poprzedniego świadczenia. 4) Prawo do świadczenia z tytułu Utraty pracy kończy się z dniem wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń: <ol style="list-style-type: none"> a) 6 (szóstego) 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu jednego zdarzenia Utraty pracy, b) z dniem utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych, c) z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia (a w przypadku kobiet 60. roku życia), d) z dniem uzyskania przez Ubezpieczonego prawa do emerytury lub renty zgodnie z właściwymi przepisami prawa, e) z chwilą wypłaty Sumy ubezpieczenia w pełnej wysokości, f) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z § 13 OWU. 	3.000,00 PLN

2. Świadczenie wypłacane jest, o ile Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie Ubezpieczenia.
3. Wysokość świadczeń dla dodatkowych opcji Ubezpieczenia, o których mowa w § 4 ust. 2 OWU:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia/limity (na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe)
Opcja I – Złamania NW* + Oparzenia NW*:		
Złamanie i/lub Oparzenie w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	<p>1) Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu Złamania i/lub Oparzenia w wysokości odpowiadającej ustalonemu procentowi Sumy ubezpieczenia w odniesieniu do stopnia Złamania czy też odpowiednio Oparzenia, zgodnie z „Tabelą norm oceny stopnia urazu (Złamania i/lub Oparzenia)” (Załącznik nr 1).</p> <p>2) Przyjmuje się, iż za każdy stopień określający Złamanie i/lub Oparzenie przysługuje świadczenie w wysokości 1 % Sumy ubezpieczenia, maksymalnie jednak do wysokości Sumy ubezpieczenia, która odzwierciedla wartość 100 stopni.</p> <p>3) W odniesieniu do każdego zdarzenia Ubezpieczyciel ustala czy istnieje związek przyczynowo-skutkowy między Nieszczęśliwym wypadkiem a Złamaniem i/lub Oparzeniem.</p> <p>4) Przy ustalaniu stopnia urazu w postaci Złamania i/lub Oparzenia nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.</p> <p>5) Jeżeli skutek Nieszczęśliwego wypadku doszło do kilku Złamań to stopnie urazu zostają zsumowane, maksymalnie jednak do wartości 100 stopni zgodnie z „Tabelą norm oceny stopnia urazu (Złamania i/lub Oparzenia)” (Załącznik nr 1).</p>	7.000,00 PLN
Złamanie w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	<p>W ramach Assistance ortopedyczno-rehabilitacyjnego Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń na rzecz Ubezpieczonego, na podstawie pisemnego skierowania Lekarza prowadzącego leczenie:</p> <p>1) konsultacji lekarza ortopedy;</p> <p>2) rehabilitacji, przez którą rozumie się:</p> <p>a) wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu, albo</p> <p>b) wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej.</p>	600,00 PLN
Opcja II – Poważne zachorowanie		
Poważne zachorowanie	<p>Świadczenie jest równe Sumie ubezpieczenia. Z tytułu każdego z Poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 21 OWU, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jednokrotnie w czasie trwania Ubezpieczenia.</p> <p>W ramach Assistance – Krajowej powtórnej opinii medycznej, w razie zaistnienia i zdiagnozowania w okresie Ubezpieczenia Poważnego zachorowania, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do skorzystania z Krajowej powtórnej opinii medycznej, będącej rezultatem analizy wyłącznie dokumentacji medycznej, dostarczonej w formie elektronicznej przez Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty Krajowej powtórnej opinii medycznej, w tym:</p> <p>1) udziela Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Krajowej powtórnej opinii medycznej</p>	3.500,00 PLN

	<p>2) przekazuje dokumentację medyczną Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę (analiza ma na celu weryfikację, potwierdzenie lub uzupełnienie diagnozy opisanej w tej dokumentacji i nie uwzględnia bezpośrednich konsultacji, ani innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a Konsultantem),</p> <p>3) uzyskuje Krajową powtórna opinię medyczną wydaną przez Konsultanta,</p> <p>4) udostępnia Krajową powtórna opinię medyczną Ubezpieczonemu lub osobie upoważnionej przez Ubezpieczonego.</p>	1 Krajowa powtórna opinia medyczna
Opcja III – Hospitalizacja NW* + sanatorium NW*		
Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	<p>Wysokość świadczenia wynosi 80 PLN (osiemdziesiąt złotych) za każdą dobę Hospitalizacji, począwszy od pierwszej doby leczenia, nie więcej niż za 14 dób. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem będą uznawane za tę samą Hospitalizację, chyba, że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 6 (sześć) miesięcy.</p>	1.120,00 PLN
Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 14 dób	<p>W ramach Assistance sanatoryjnego Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium, obejmujące:</p> <p>1) koszty noclegu,</p> <p>2) koszty żywienia,</p> <p>3) koszty zaleconych zabiegów, maksymalnie raz w ciągu 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia.</p>	2.000,00 PLN

§ 6. ZAWARCIE UMOWY, OKRES UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Klient lub Klient i jego Małżonek/Partner, który spełnia poniższe warunki:
 - Dla Osoby Nieaktywnej Zawodowo – w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat i nie ukończył 75. roku życia,
 - Dla Osoby Aktywnej Zawodowo – w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat i nie ukończył 64. roku życia (a w przypadku kobiet 59. roku życia) oraz świadczył pracę na podstawie stosunku pracy u tego samego pracodawcy lub świadczył usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej dla tego samego kontrahenta przez okres co najmniej trzech miesięcy przed dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub prowadził działalność gospodarczą (w tym rolniczą) lub zawodową przez okres co najmniej sześciu miesięcy w sposób ciągły przed dniem objęcia Ubezpieczeniem.
- Klient, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia składki zgodnie z § 7 OWU.
- Ubezpieczenie rozpoczyna się od późniejszego ze zdarzeń: od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, od daty opłacenia składki. W przypadku nieopłacenia składki Ubezpieczenie nie rozpocznie się.
- Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta z dniem doręczenia Ubezpieczającemu jednego egzemplarza SUU podpisanego przez Agenta w imieniu Ubezpieczyciela, wraz z całą dokumentacją stanowiącą Umowę Ubezpieczenia.
- Jeżeli treść Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, Ubezpieczyciel przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
- W przypadku określonym w ust. 5 powyżej, jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od dnia doręczenia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z treścią Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym ustępie.
- Okres Ubezpieczenia jest równy kolejno następującym po sobie 12 miesiącom.

§ 7. SKŁADKA

- Wysokość składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Wysokość składki jest ustalana po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwzględnieniem wariantu Ubezpieczenia, liczby Ubezpieczonych osób i ich statusu, wieku Ubezpieczonego oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia.
- Składki płatne są przez Ubezpieczającego w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

4. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty składki w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

§ 8. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- Zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia można dokonać w jeden z poniższych sposobów:
 - telefonicznie pod numerem: **(0) 801 88 99 79** podając:
 - dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz PESEL lub nr SUU),
 - datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
 - pocztą elektroniczną – przysyłając e-mail na adres: roszczenia@pl.cnpsantander.com
 - osobiście – na adres:
 - CNP Santander Insurance Europe DAC,
 - 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa lub
 - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, Irlandia,
 - Santander Consumer Bank S.A., ul. Legnicka 48 B, 54-202 Wrocław,
 - osobiście – w jednej z placówek Agenta.
- W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, niezbędne jest przedłożenie Agentowi lub Ubezpieczycielowi dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu;

Wymagane dokumenty	Zakres ubezpieczenia					
	A	B	C	D	E	F
1) Wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Ubezpieczyciela lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane niezbędne do ustalenia okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	●	●	●	●	●	●
2) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	●	●	●	●	●	●
3) Kopia dokumentu potwierdzającego uprawnienia do kierowania Pojazdem (jeżeli w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony kierował Pojazdem)				●		
4) Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego (oryginał lub kopia potwierdzona przez Agenta)	●					
5) Statystyczna karta zgonu lub inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę śmierci (oryginał lub kopia potwierdzona przez Agenta)	●					
6) Kopia dokumentów sporządzonych przez Policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, (o ile ma zastosowanie)	●	●	●	●		
7) Kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego potwierdzającej przyczynę Zdarzenia ubezpieczeniowego, w zakresie, w jakim jest on (lub Uposażony/ zgłaszający roszczenie) w jej posiadaniu, w tym: <ul style="list-style-type: none"> karta wypisowa ze szpitala w przypadku Hospitalizacji, informacje o stanie zdrowia, diagnostyce lekarskiej, zastosowanym leczeniu, w tym operacjach wraz z wynikami badań, Kopia dokumentacji medycznej dotycząca przyczyny Zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci 	●	●	●	●	●	
8) Kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, jeżeli zdarzenie jest związane z wypadkiem przy pracy	●	●	●	●		
9) Kopia dowodu Aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (o ile ma zastosowanie)		●	●			
10) Orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską lub prawomocne orzeczenie, lub prawomocny wyrok sądu, lub decyzję organu rentowego w sprawie ustalenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu		●				
11) Kopia świadectwa pracy lub innego dokumentu potwierdzającego ustanie Aktywności zawodowej						●
12) Zaświadczenie o Statusie bezrobotnego z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych						●

Wymagane dokumenty	Zakres ubezpieczenia					
	A	B	C	D	E	F
13) Oświadczenie Ubezpieczonego o braku pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia z: <ol style="list-style-type: none"> osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub wspólnikiem w spółce osobowej, lub udziałowcem w spółce kapitałowej posiadającym ponad 50% udziałów/akcji lub członkiem jej władz statutowych (nie dotyczy sytuacji, kiedy akcje spółki notowane są na giełdzie papierów wartościowych) 						●
A – Śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku C – Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku E – Poważne zachorowanie		B – Trwała i całkowita niezdolność do pracy		D – Złamanie i/lub Oparzenie w wyniku Nieszczęśliwego wypadku		F – Utrata pracy

- Dodatkowe informacje:
 - Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do Policji, prokuratury, sądu lub innych organów ścigania i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkowe informacje celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia, a także – za pisemną zgodą Ubezpieczonego – do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu w zakresie określonym w przepisie art. 38 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w zgodzie wyrażonej przez Ubezpieczonego.
 - W przypadku Utraty pracy, o ile nie wynika to z przedłożonych dokumentów, Ubezpieczony ma obowiązek dostarczania co miesiąc dokumentów potwierdzających odpowiednio Status bezrobotnego lub Czasową niezdolność do pracy, w celu potwierdzenia zasadności kontynuacji wypłaty świadczenia.
 - Niezależnie od dokumentów wymienionych w ust. 2 Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia w przypadku:
 - Assistance ortopedyczno-rehabilitacyjnego** – kopii skierowania do przeprowadzenia konsultacji lub zalecenia dodatkowych świadczeń, wystawionego przez Lekarza prowadzącego,
 - Assistance sanatoryjnego** – pisemnego zalecenia lub skierowania od Lekarza prowadzącego, przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej oraz pisemne potwierdzenie od Lekarza prowadzącego o braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej; w przypadku braku wskazania przez Lekarza prowadzącego co do proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej, miejsce i rodzaj Sanatorium ustala Ubezpieczyciel, w porozumieniu z Ubezpieczonym, w oparciu o informacje medyczne.
- Realizacja świadczenia **Assistance – Krajowej powtórnej opinii medycznej** odbywa się w następujący sposób:
 - Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu lub osobie upoważnionej przez Ubezpieczonego informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Krajowej powtórnej opinii medycznej;
 - warunkiem uzyskania Krajowej powtórnej opinii medycznej, jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej (w formie elektronicznej, na trwałym nośniku, lub na adres mailowy wskazany przez Ubezpieczyciela), sporządzonej w języku polskim i podpisanej przez Lekarza prowadzącego;
 - Konsultant weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną;
 - w przypadku otrzymania niekompletnej dokumentacji medycznej uniemożliwiającej przygotowanie Krajowej powtórnej opinii medycznej, Ubezpieczyciel kontaktuje się z Ubezpieczonym lub osobą upoważnioną przez Ubezpieczonego, w celu poinformowania o brakujących dokumentach;
 - po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej, Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji Krajowej powtórnej opinii medycznej;
 - Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazania Krajowej powtórnej opinii medycznej w możliwie najkrótszym terminie, nie przekraczającym jednak 30 (trzydziestu) Dni roboczych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub osoby upoważnionej przez Ubezpieczonego kompletnej dokumentacji medycznej;
 - w przypadku, gdy do wydania Krajowej powtórnej opinii medycznej konieczne będzie dalsze uzupełnienie tej dokumentacji i/lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Ubezpieczyciel niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego, Krajowa powtórna opinia medyczna zostanie wydana po uzupełnieniu tej dokumentacji i/lub po przeprowadzeniu dodatkowych badań;
 - Ubezpieczyciel odsyła Krajową powtórna opinię medyczną (w postaci zaszyfrowanych plików) na adres mailowy wskazany przez Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego. Krajowa powtórna opinia medyczna, na życzenie Ubezpieczonego, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny, podany przez

Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego.

5. Wypłata świadczenia:
 - 1) Ubezpieczyciel jest zobowiązany spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie określonym w pkt 1 powyżej;
 - 3) Koszty świadczeń Assistance ortopedyczno-rehabilitacyjnego i Assistance sanatoryjnego są pokrywane przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz odpowiednio podmiotów świadczących przedmiotową opiekę medyczną lub Sanatorium.

§ 9. BADANIE LEKARSKIE

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Ubezpieczyciela w zakresie określonym w zdaniu drugim niniejszego paragrafu. Ubezpieczony jest zobowiązany na koszt Ubezpieczyciela poddawać się w trakcie postępowania likwidacyjnego badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia.

§ 10. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

1. Ubezpieczający (a także jego Małżonek/Partner w przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia na jego rzecz) ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez doręczenie do Ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia w każdy sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczającego,
 - 2) numer Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia,
 - 3) imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwa podmiotu),
 - 4) data urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
 - 5) adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: adres siedziby podmiotu),
 - 6) PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną NIP),
 - 7) udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.
3. W przypadku niewskazania Uposażonego lub podania danych uniemożliwiających ustalenie Uposażonego świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 5 poniżej.
4. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
5. W przypadku braku Uposażonych uprawnionych do świadczenia, świadczenie otrzyma Małżonek/Partner Ubezpieczonego. W przypadku braku Małżonka/Partnera świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

§ 11. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Wyłączenia ogólne:

1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych na skutek:

- 1) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) Działań wojennych, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, powstania, zamieszek społecznych, rebelii, Aktów terrorizmu lub promieniowania radioaktywnego lub nuklearnego, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 3) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz świadomego udziału Ubezpieczonego w dowolnym działaniu przestępczym, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych substancji w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było bezpośrednią przyczyną danego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 5) katastrof naturalnych, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) Sportów niebezpiecznych;
- 7) Sportów uprawianych wyczynowo;
- 8) chorób zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych

2. ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku powstała na skutek:
 - 1) wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, niepotwierdzonych wynikami badań obrazowych;
 - 2) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 3) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych Ubezpieczeniem;
 - 4) rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy lekarz nie stwierdził w formie pisemnej oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - 5) infekcji powstałych w trakcie Hospitalizacji;
 - 6) jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym szpitala.
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu Utraty pracy nie zostanie wypłacone, jeżeli:
 - 1) zakończenie wykonywania Aktywności zawodowej nastąpiło w okresie: pierwszych 60 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, rozumiane jako dzień zakończenia stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej lub zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej zgodnie z postanowieniem § 2 ust. 37 pkt 2, lub pierwszych 90 dni od dnia zmiany Pracodawcy w odniesieniu do § 2 ust. 3 pkt 1) i 2);
 - 2) Ubezpieczony znajdował się w okresie wypowiedzenia w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 3) Ubezpieczony utracił Status bezrobotnego;
 - 4) Stosunek pracy lub umowa cywilnoprawna wygasły w związku z upływem okresu, na jaki zostały zawarte;
 - 5) zakończenie Aktywności zawodowej nastąpiło z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczonego;
 - 6) w okresie 90 dni przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający wiedział, iż zatrudniający go pracodawca dokonał przynajmniej jednej z następujących czynności:
 - a) złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o wypowiedzeniu dotychczasowych warunków pracy lub płacy,
 - b) zakomunikował zakładowej organizacji związkowej zamiar wypowiedzenia Ubezpieczonemu umowy o pracę,
 - c) zawiadomił zakładowe organizacje związkowe albo powiatowy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych,
 - d) poinformował Ubezpieczonego o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę,
 - e) pracodawca złożył wniosek o ogłoszenie upadłości, likwidacji lub rozpoczął postępowanie układowe zakładu pracy;
 - 7) Utrata pracy nastąpiła w związku z zakończeniem stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej:
 - a) z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, która jest krewnym lub powinowatym Ubezpieczonego do drugiego stopnia,
 - b) ze spółką osobową, w której wspólnikiem jest krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia,
 - c) ze spółką kapitałową, w której krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych (nie dotyczy sytuacji, kiedy akcje przedsiębiorstwa notowane są na giełdzie papierów wartościowych).
4. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli okres posiadania Statusu bezrobotnego trwał krócej niż 30 dni a w przypadku Poważnego zachorowania jeżeli zdarzenie miało miejsce w czasie pierwszych 60 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
5. Ponadto z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Złamania i/lub Oparzenia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (oraz pomoc w ramach Assistance ortopedyczno-rehabilitacyjnego po Złamaniu na skutek Nieszczęśliwego wypadku) powstałe na skutek:
 - 1) kierowania przez Ubezpieczonego Pojazdem bez wymaganych uprawnień do kierowania Pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) uczestnictwa Ubezpieczonego w Bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
 - 3) poddania się leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane ze skutkami Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) wskutek czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach, niepokojach społecznych, aktach sabotażu oraz zamachach;
 - 5) wykonywania obowiązków pod kontrolą służb mundurowych.
6. Ponadto, w zakresie Assistance – Krajowej powtórnej opinii medycznej, z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Poważne zachorowania powstałe w wyniku:
 - 1) zarażenia wirusem HIV oraz chorobami przenoszonymi drogą płciową;
 - 2) Wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkami;
 - 3) działania trucizny albo trujących gazów lub oparów;
 - 4) leczenia eksperymentalnego lub niepotwierdzonego badaniami;
 - 5) poddania się zabiegowi o charakterze estetycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza;
 - 6) poddania się zabiegowi ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu jego wykonania;
 - 7) poddania się operacjom plastycznym.
7. Ponadto, w zakresie Krajowej powtórnej opinii medycznej, Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów tłumaczenia dokumentacji medycznej.

8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za treść Krajowej powtórnej opinii medycznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z Krajowej powtórnej opinii medycznej.
9. Ponadto Ubezpieczyciel nie świadczy pomocy w zakresie Assistance sanatoryjnego w przypadku:
 - 1) wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, niepotwierdzonych wynikami badań obrazowych;
 - 2) prowadzenia przez Ubezpieczonego Pojazdów bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) udziału Ubezpieczonego w Bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
 - 4) zalecenia chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych Ubezpieczeniem;
 - 5) zalecenia rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy lekarz nie stwierdził w formie pisemnej oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - 6) wystąpienia infekcji powstałych w trakcie Hospitalizacji;
 - 7) zalecenia opieki bądź leczenia w placówce innej niż Sanatorium.

§ 12. ODSTĄPIENIE LUB REZYGNACJA Z (WYPOWIEDZENIE) UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający ma prawo do rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia w każdym czasie.
3. Oświadczenie o odstąpieniu lub rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia może zostać złożone w formie pisemnego wniosku doręczonego Agentowi lub bezpośrednio Ubezpieczycielowi. Oświadczenia, o których mowa powyżej, powinny zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczającego, numer PESEL oraz numer Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Zwrot składki zostanie dokonany niezwłocznie nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania od Ubezpieczającego oświadczenia woli w przedmiocie odstąpienia lub rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia.
6. Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie trwania Ubezpieczenia spełnienie świadczenia spowodowało wyczerpanie Sumy ubezpieczenia.

§ 13. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczenie w stosunku do każdego Ubezpieczonego wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:

- 1) upływu okresu, za który została opłacona składka,
- 2) śmierci Ubezpieczonego,
- 3) stwierdzenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego – w przypadku nabycia prawa do wypłaty świadczenia w pełnej wysokości z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego;
- 4) odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
- 5) złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia.

§ 14. REKLAMACJE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie – na adres:
 - CNP Santander Insurance Europe DAC,
 - 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa lub
 - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, Irlandia,
 - 2) pocztą elektroniczną – przysyłając e-mail na adres: reklamacje@pl.cnpsantander.com
 - 3) telefonicznie pod numerem: (0) 801 88 99 79.
2. Osobą właściwą do rozpatrywania reklamacji z ramienia Ubezpieczyciela jest dyrektor operacyjny.
3. Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 3, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Ubezpieczyciel poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując i wyjaśniając przyczynę opóźnienia, wskazując okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.
5. O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Ubezpieczyciela w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
6. Jeżeli osoba fizyczna, która wystąpiła z Reklamacją, wyczerpała wszystkie możliwości rozstrzygnięcia kwestii będącej przedmiotem sporu na drodze dialogu z Ubezpieczycielem, wówczas taka osoba fizyczna ma prawo do wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub z powództwem do sądu powszechnego.

7. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia będący konsumentem może również zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
8. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów jest:
 - Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (strona www: www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny),
 - Rzecznik Finansowy (strona www: www.rf.gov.pl/).

§ 15. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

Z zastrzeżeniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych OWU, a postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, rozstrzygają postanowienia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.

§ 16. PODATKI

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dniu wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych i Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

§ 17. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową Ubezpieczenia powinny być przekazane do Ubezpieczyciela pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. Korespondencja wysyłana przez Ubezpieczyciela do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatnio wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

§ 18. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW

1. Do Umów Ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych OWU stosuje się prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednie przepisy prawa, w tym Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Wszelka korespondencja pomiędzy stronami Umowy Ubezpieczenia powinna być prowadzona w języku polskim.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
4. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 19. AKTUALIZACJA INFORMACJI

Ubezpieczający i Ubezpieczyciel są zobowiązani do niezwłocznego informowania siebie nawzajem o zmianach swoich danych, a Ubezpieczający także o zmianach danych Małżonka/Partnera i Uposażonego (dodatkowo Małżonek/Partner w odniesieniu do Uposażonego przez niego wskazanego) w zakresie:

- 1) danych kontaktowych (w szczególności adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
- 2) danych identyfikacyjnych (w szczególności imię i nazwisko, numer PESEL).

Informacje o zmianach powinny być przekazane pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

§ 20. POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest ogłaszane przez Ubezpieczyciela na stronie internetowej Ubezpieczyciela, o ile jest to wymagane przez przepisy prawa.

Załącznik nr 1

Tabela norm oceny stopnia urazu (Złamania i/lub Oparzenia)

1. Maksymalny stopień urazu w postaci Złamania i/lub Oparzenia nie może przekroczyć 100 stopni.
2. Stopień urazu w postaci Złamania i/lub Oparzenia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest dokonywany w oparciu o przedstawioną przez Ubezpieczonego diagnozę lekarską, będącą w jego posiadaniu lub uzyskaną przez Ubezpieczyciela na podstawie zgody Ubezpieczonego na zasięgnięcie informacji w placówkach medycznych.

	RODZAJ URAZU	STOPIEŃ URAZU
	OPARZENIA (II i III stopnia)	
1.	oparzenia obejmujące 3 – 15% powierzchni ciała	15
2.	oparzenia obejmujące 16 – 30% powierzchni ciała	50
3.	oparzenia obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	90
	ZŁAMANIA	
4	złamania kości miednicy, kości w obrębie stawu biodrowego (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej, kości ogonowej), w obrębie stawu biodrowego (pawewka stawu, nasada bliższa kości udowej, krętarze, złamania pod- i przekrętarzowe)	
	a) wieloodłamowe otwarte	50
	b) inne złamania otwarte	20
	c) inne złamania wieloodłamowe	16
	d) inne złamania	10
5	złamania kości ramiennej/udowej	
	a) wieloodłamowe otwarte	30
	b) inne złamania otwarte	20
	c) inne złamania wieloodłamowe	16
	d) inne złamania	6
6	złamanie kości podudzia	
	a) wieloodłamowe otwarte	20
	b) inne złamania otwarte	16
	c) inne złamania wieloodłamowe	10
	d) inne złamania	6
7	złamania kości podstawy i sklepienia czaszki, złamanie łopatki	
	a) wieloodłamowe otwarte	30
	b) inne złamania otwarte	20
	c) inne złamania wieloodłamowe	16
	d) inne złamania	10
8	złamania kości: twarzoczaszki, żuchwy, kciuka (palciki kciuka i kości śródreżca kciuka), palca wskazującego, rzepki, kości skokowej, piętowej	
	a) wieloodłamowe otwarte	20
	b) inne złamania otwarte	12
	c) inne złamania wieloodłamowe	8
	d) inne złamania	4

9	złamania kości: talerza biodrowego, kolcy biodrowych, guza kulszowego, trzonu kręgow	
	a) złamania otwarte	16
	b) inne złamania	6
10	złamania kości łokciowej, promieniowej, łódkowatej stopy, sześcienniej, klinowatych	
	a) wieloodłamowe otwarte	16
	b) inne złamania otwarte	12
	c) inne złamania wieloodłamowe	8
	d) inne złamania	4
11	złamania kości: żeber, obojczyka, mostka, palców dłoni i stóp (z wyjątkiem kciuka i wskazującego), ogonowej, wyrostków ościowych i poprzecznych kręgosłupa, łonowej, kulszowej	
	a) złamania otwarte	16
	b) inne złamania	6
12	złamania kości śródstopia i śródreżca (oprócz kości i śródreżca kciuka), nadgarstka	
	a) złamania otwarte	12
	b) inne złamania	4