

„Ochrona rachunków”  
Ogólne warunki ubezpieczenia  
grupowego

CHUBB®

1.	Informacje kontaktowe	4
	Obsługa klienta	4
	Roszczenia / zgłaszanie szkód (obsługuje Administrator)	4
	Ubezpieczyciel	4
2.	Ubezpieczenie	4
3.	Ważne informacje	5
3.1.	Dokumenty przekazywane Ubezpieczonemu	5
3.2.	Warunki objęcia ochroną	5
3.3.	Definicje	5
4.	Zgłaszanie Roszczeń	5
4.1.	Jak zgłosić Roszczenie	5
4.2.	Informacje, których możemy od Ciebie potrzebować w przypadku Roszczenia	6
4.3.	Wyłudzenie świadczeń ubezpieczeniowego	6
4.4.	Współpraca w procesie likwidacji szkody	6
4.5.	Wyplata świadczenia	6
5.	Ochrona	6
5.1.	Zakres 1 – Ochrona Rachunków w przypadku Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej wskutek Wypadku lub Choroby	6
5.1.1.	Warunki szczególne ochrony w ramach zakresu 1	7
5.1.2.	Wyłączenia szczególne dotyczące zakresu 1	7
5.2.	Zakres 2 – Ochrona Rachunków w przypadku Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia	7
5.2.1.	Warunki szczególne ochrony w ramach zakresu 2	8
5.2.2.	Wyłączenia szczególne dotyczące zakresu 2	8
5.3.	Zakres 3 – Ochrona Rachunków w przypadku Hospitalizacji wskutek Wypadku lub Choroby	8
5.3.1.	Warunki szczególne ochrony w ramach zakresu 3	9
5.3.2.	Wyłączenia szczególne dotyczące zakresu 3	9
6.	Wyłączenia ogólne	9
7.	Sankcje	10
8.	Początek i koniec ochrony	10
9.	Postanowienia ogólne	10
9.1.	Cesja	10
9.2.	Oplaty bankowe	10
9.3.	Rozwiązanie Umowy	10
9.4.	Zmiany związane z ubezpieczeniem	10

9.5.	Prawo właściwe, właściwość sądu, język	11
9.6.	Wykonanie postanowień Umowy	11
9.7.	Naruszenie obowiązku deklaracji ryzyka	11
9.8.	Reklamacje	11
10.	Definicje stosowane w Umowie	12
11.	Ochrona danych osobowych	17
12.	Kontakt	18

---

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2., 3.2, 3.3., 4.1., 5., 5.1. 5.1.1., 5.2, 5.2.1., 5.3, 5.3.1., 8., 10.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	3.3., 4.2., 4.3., 5.1.1., 5.1.2, 5.2.1., 5.2.2., 5.3.1., 5.3.2., 6, 7, 8, 9.7., 10.

## 1. Informacje kontaktowe

---

### Obsługa klienta

E-mail: kontakt@chubb.com

### Roszczenia / zgłaszanie szkód (obsługuje Administrator)

Telefon: +48 22 749 97 24

E-mail: szkody.chubb@isoncare.pl

## Ubezpieczyciel

---

Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Królewska 18, 00-103 Warszawa, wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000233686, NIP 1080001001, REGON 140121695, notyfikowany Komisji Nadzoru Finansowego.

Chubb European Group SE jest zakładem ubezpieczeń podlegającym przepisom francuskiego kodeksu ubezpieczeń, zarejestrowanym w Rejestrze Działalności Gospodarczej i Rejestrze Spółek (Registres du Commerce et des Sociétés – RCS) w Nanterre pod numerem 450 327 374, z siedzibą we Francji, adres: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francja. Chubb European Group SE posiada kapitał zakładowy w wysokości 896 176 662 EUR, opłacony w całości.

## 2. Ubezpieczenie

---

Dziękujemy za wybór niniejszej umowy ubezpieczenia, w której **Ubezpieczycielem** jest Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce.

W **Umowie** przewidziano wypłatę świadczenia na określonych w niej zasadach w razie **Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej**, **Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia** lub **Hospitalizacji** na skutek **Wypadku** lub **Choroby**. Świadczenie polega na tym, że opłacimy miesięczne **Rachunki Ubezpieczonego**, które

reguluje on za pośrednictwem **Konta u Ubezpieczającego** (zgodnie z posiadaną przez **Ubezpieczającego Polisa** oraz posiadanym przez **Ubezpiezonego Certyfikatem Ubezpieczenia**).

Uzgodniona składka zostanie zapłacona przez **Ubezpieczającego. Polisa, Certyfikat Ubezpieczenia, Dokument Zawierający Informacje o Produkcie Ubezpieczeniowym (IPID)** oraz niniejsze **OWU** stanowią całość warunków ubezpieczenia (umowę ubezpieczenia). **Ubezpieczający** potwierdza, że zaoferowanie niniejszej **Umowy** oraz kalkulacja składki przez **Ubezpieczyciela** nastąpiły na podstawie przekazanych przez **Ubezpieczającego** informacji, o które zapytywał **Ubezpieczyciel**.

**Ubezpieczający** powinien uważnie zapoznać się z treścią **OWU, IPID, Certyfikatu Ubezpieczenia i Polisy**, upewniając się co do ich prawidłowości, a także zawiadomić **Ubezpieczyciela** niezwłocznie w razie nieprawidłowości, gdyż mogą one mieć wpływ na kwestię ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zgłoszenia **Roszczenia**. **Ubezpieczający** powinien wyżej wymienione dokumenty przechowywać w bezpiecznym miejscu oraz doręczyć **Certyfikat Ubezpieczenia, OWU i IPID Osobom Ubezpieczonym** pocztą elektroniczną (na trwałym nośniku). Przed rozpoczęciem **Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczyciel** może, w razie uzgodnienia zmian, zaktualizować **Umowę** oraz wystawić nową **Polisę** dla **Ubezpieczającego i Certyfikat Ubezpieczenia dla Ubezpiezonego** (jeśli zmiany dotyczą informacji tam zawartych).

### **3. Ważne informacje**

---

#### **3.1. Dokumenty przekazywane Ubezpieczonemu**

Przed rozpoczęciem **Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczający** winien przekazać **Ci** pocztą elektroniczną (na trwałym nośniku) dokument **IPID, OWU oraz Certyfikat Ubezpieczenia**.

#### **3.2. Warunki objęcia ochroną**

Ochrona na podstawie niniejszej **Umowy** przysługuje wyłącznie osobom, które spełniają łącznie poniższe kryteria:

- mają stałe miejsce zamieszkania w Polsce,
- regularnie - każdego miesiąca opłacają miesięczne rachunki za pośrednictwem **Konta u Ubezpieczającego**,
- dokonają płatności przy użyciu **Konta**,
- mają nie mniej niż 18 lat i nie mają więcej niż 65 lat,
- spełniają warunki szczególne wskazane dla poszczególnych zakresów ubezpieczenia.

#### **3.3. Definicje**

Niektóre terminy użyte w niniejszej Umowie mają szczególne znaczenie. Terminy te pisane są wielką literą i wytłuszczoną czcionką. Definicje terminów zawarto w punkcie 10 niniejszych **OWU** a wszystkie tak zdefiniowane terminy obowiązują w całej Umowie.

### **4. Zgłaszanie Roszczeń**

---

#### **4.1. Jak zgłosić Roszczenie**

W razie zdarzeń mogących skutkować **Roszczeniem** na podstawie niniejszych **OWU** powinieneś się z nami skontaktować w terminie 30 dni od wystąpienia **Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej** z powodu **Wypadku** lub **Choroby, Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia** lub **Hospitalizacji** z powodu **Wypadku**, lub najszybciej, jak to będzie praktycznie możliwe po tym terminie. Jeśli nie możesz dokonać zgłoszenia osobiście, może to za **Ciebie** zrobić **Twój** pełnomocnik lub przedstawiciel prawny.

**Roszczenia** należy zgłaszać Administratorowi na następujące dane kontaktowe:

Telefon: +48 22 749 97 24

E-mail: szkody.chubb@isoncare.pl

Jeśli dojdzie do zwłoki w zgłoszeniu **Roszczenia**, która wpłynie negatywnie na prowadzony przez **Nas** proces badania i oceny **Twojego Roszczenia**, może mieć to wpływ na wypłatę **Roszczenia** lub wypłacaną kwotę.

#### 4.2. Informacje, których możemy od Ciebie potrzebować w przypadku Roszczenia

**Ubezpieczony** lub **Ubezpieczający** winni przekazywać, w formie przez **Nas** wskazanej, wszelkie zasadnie żądane przez **Nas** informacje, dowody i zaświadczenia dla potrzeb likwidacji szkody wynikającej z danego **Roszczenia**. Konieczne jest przysłanie **Nam** wszelkich pism, zaświadczeń lekarskich i innych dokumentów, których możemy zasadnie zażądać, czego koszty nie będą **Nas** obciążać.

Potrzebujemy od **Ciebie** zgody na pozyskanie od **Ubezpieczającego** danych dotyczących **Twoich Rachunków**. W razie jej nieudzielenia nie będziemy w stanie wypłacić **Kwoty Świadczenia**.

#### 4.3. Wyłudzenie świadczeń ubezpieczeniowego

**Roszczenia** zgłoszone z zamiarem wyłudzenia świadczeń z ubezpieczenia nie będą realizowane. W razie zgłoszenia takiego **Roszczenia** może ono zostać odrzucone.

#### 4.4. Współpraca w procesie likwidacji szkody

W razie **Uszkodzenia Ciała** na skutek **Wypadku** jak i w razie **Choroby** powinieneś zasięgnąć porady **Lekarza** i się do niej zastosować. Konieczne jest, abyś wyraził zgodę na badanie lekarskie, jeśli się o to zwrócimy, przy czym pokrywamy koszt takiego badania.

#### 4.5. Wypłata świadczenia

W razie zgłoszenia przez **Ciebie Roszczenia** zajmiemy się nim w oparciu o dane wskazane w **Polisie** przekazanej **Ubezpieczającemu** oraz w przekazanym **Tobie Certyfikacie Ubezpieczenia** w brzmieniu obowiązującym w chwili wystąpienia **Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej** z powodu **Wypadku** lub **Choroby** albo w chwili wystąpienia **Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia** albo w chwili **Hospitalizacji** z powodu **Wypadku** lub **Choroby**.

Wszystkie świadczenia z tytułu ważnych **Roszczeń** wypłacane będą w **PLN (złote polskie)** w formie zasilenia **Konta** u **Ubezpieczającego** z przeznaczeniem na pokrycie **Twoich** wygenerowanych miesięcznych **Rachunków**.

Jeśli **Twoje** miesięczne **Rachunki** w okresie **Roszczenia** są niższe od maksymalnego świadczenia określonego w **Certyfikacie Ubezpieczenia**, wypłacimy jedynie kwotę na pokrycie rachunków za bieżący miesiąc. Nie będzie wypłaty dodatkowego świadczenia w wyższej kwocie ani na poczet przyszłych miesięcy.

### 5. Ochrona

Zakres ochrony oraz **Kwota Świadczenia** wskazane są w posiadanej przez **Ubezpieczającego Polisie** oraz w posiadanym przez **Ciebie Certyfikacie Ubezpieczenia** i dokumencie IPID. Ochrona obowiązuje w **Okresie Ubezpieczenia**.

#### 5.1. Zakres 1 – Ochrona Rachunków w przypadku Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej wskutek Wypadku lub Choroby

Jeśli w **Okresie Ubezpieczenia** będziesz miał **Wypadek** skutkujący **Uszkodzeniem Ciała** lub zapadniesz na **Chorobę**, co spowoduje **Tymczasową Niepełnosprawność Całkowitą**, która trwa dłużej niż **Okres Karencji**, to wraz z upływem **Okresu Karencji** będziemy wypłacać **Kwotę Świadczenia** każdorazowo za 30 kolejnych dni trwania **Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej**, przy czym wypłaty będą kontynuowane przez czas nie dłuższy niż maksymalna liczba miesięcy wskazana w posiadanej przez **Ubezpieczającego Polisie** oraz w posiadanym przez **Ciebie Certyfikacie Ubezpieczenia**.

**Kwota Świadczenia** będzie obejmować comiesięczne pokrycie łącznej wysokości rachunków opłacanych za pośrednictwem **Twojego Konta**, zgodnie z posiadaną przez **Ubezpieczającego Polisa** oraz posiadanym przez **Ciebie Certyfikatem Ubezpieczenia**, w miesiącach, w których potwierdzono **Twoją Tymczasową Niepełnosprawność Całkowitą**. Jeśli **Twoje** miesięczne **Rachunki** są niższe od kwoty świadczenia, nie będzie wypłaty dodatkowego świadczenia w wyższej kwocie ani na poczet przyszłych miesięcy.

**Kwota Świadczenia** kalkulowana jest jako średnia z **Twoich** regularnych miesięcznych **Rachunków** za trzy poprzednie miesiące (lub za okres krótszy, jeśli **Konto** posiadasz krócej niż 3 miesiące), licząc wstecz od

pierwszego dnia **Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej** spowodowanej **Wypadkiem** lub **Chorobą** poświadczoną przez **Lekarza**. Maksymalna **Kwota Świadczenia** określona jest w posiadanej przez **Ubezpieczającego Polisie** oraz w posiadanym przez **Ciebie Certyfikacie Ubezpieczenia**.

#### 5.1.1. Warunki szczególne ochrony w ramach zakresu 1

Ochrona wynikająca z niniejszego zakresu przysługuje wyłącznie **Ubezpieczonym**, którzy są:

- **Zatrudnieni** albo
- **Samozatrudnieni**.

Jeśli powtórnie doznasz **Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej** na skutek kolejnego **Wypadku**, zostanie to potraktowane jako nowe **Roszczenie** podlegające nowemu **Okresowi Karencji**.

W przypadku zakresu 1 **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenia z tytułu nie więcej niż dwóch **Roszczeń** w okresie 12 miesięcy.

Jeśli w okresie 3 miesięcy od powrotu do zatrudnienia zarobkowego nastąpi wznowienie **Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej** spowodowanej tym samym schorzeniem (nawrót w konsekwencji tego samego **Wypadku** lub **Choroby**), to ponowna niezdolność do pracy będzie uważana za kontynuację poprzedniej i nie będzie obowiązywał nowy **Okres Karencji**. Za okres wznowionego zatrudnienia zarobkowego świadczenia nie wypłaca się. W przypadku powiązanych okresów **Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej** spowodowanej tym samym schorzeniem obowiązuje maksymalna kwota świadczenia równa 6 płatnościom miesięcznym.

#### 5.1.2. Wyłączenia szczególne dotyczące zakresu 1

Ochrona nie obowiązuje w przypadku:

- **Tymczasowej Niepełnosprawności Częściowej**;
- **Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej** powstałej przed **Okresem Ubezpieczenia**;
- schorzeń spowodowanych zaburzeniami nałogowymi lub nadużywaniem leków, substancji psychoaktywnych lub alkoholu, a także w razie leczenia z tym związanego;
- wad fizycznych, upośledzeń i schorzeń zdiagnozowanych w okresie 24 miesięcy przed początkiem pierwszego **Okresu Ubezpieczenia**;
- **Roszczeń** wynikających z następujących schorzeń: ból pleców, lumbago, bóle głowy, fibromialgia, zespół przewlekłego zmęczenia, ból szyi oraz inne bóle mięśniowo-szkieletowe, które są główną przyczyną **Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej**, chyba że istnieją obiektywne dowody pozyskane z badań komplementarnych (RTG, CAT itp.) potwierdzające istnienie tych schorzeń;
- **Roszczeń** wynikających z procedur operacyjnych i leczniczych, które nie są medycznie niezbędne, w tym m.in. z zabiegów kosmetycznych i upiększających;
- **Chorób** powstałych z powodu lub w wyniku choroby zakaźnej lub zaraźliwej, której wybuch został ogłoszony przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako **Pandemia**, **Epidemia** lub zagrożenie zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym (PHEIC). Niniejsze wyłączenie dotyczy tylko **Chorób**, które pojawiły się po dacie takiego ogłoszenia WHO, i obowiązuje do momentu anulowania lub zniesienia przez WHO stanu PHEIC.

## 5.2 Zakres 2 – Ochrona Rachunków w przypadku Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia

Jeśli w **Okresie Ubezpieczenia** doznasz **Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia** trwającej dłużej niż **Okres Karencji**, to wraz z upływem **Okresu Karencji** będziemy wypłacać **Kwotę Świadczenia** każdorazowo za 30 kolejnych dni trwania **Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia**, przy czym wypłaty będą kontynuowane przez czas nie dłuższy niż maksymalna liczba miesięcy wskazana w posiadanej przez **Ubezpieczającego Polisie** oraz w posiadanym przez **Ciebie Certyfikacie Ubezpieczenia**.

**Kwota Świadczenia** będzie obejmować comiesięczne pokrycie łącznej wysokości rachunków opłacanych za pośrednictwem **Twojego Konta**, zgodnie z posiadaną przez **Ubezpieczającego Polisa** oraz posiadanym przez **Ciebie Certyfikatem Ubezpieczenia**, w miesiącach, w których doznajesz **Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia**. Jeśli **Twoje** miesięczne **Rachunki** są niższe od kwoty świadczenia, nie będzie wypłaty dodatkowego świadczenia w wyższej kwocie ani na poczet przyszłych miesięcy.

**Kwota Świadczenia** kalkulowana jest jako średnia z **Twoich** regularnych miesięcznych **Rachunków** za trzy poprzednie miesiące (lub za okres krótszy, jeśli **Konto** posiadasz krócej niż 3 miesiące), licząc wstecz od pierwszego dnia **Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia**. Maksymalna **Kwota Świadczenia** określona jest w posiadanej przez **Ubezpieczającego Polisie** oraz w posiadanym przez **Ciebie Certyfikacie Ubezpieczenia**.

### 5.2.1 Warunki szczególne ochrony w ramach zakresu 2

Ochrona wynikająca z niniejszego zakresu przysługuje wyłącznie **Ubezpieczonym**, którzy są **Zatrudnieni**.

W przypadku zakresu 2 **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenia z tytułu nie więcej niż jednego **Roszczenia** w okresie 12 miesięcy.

### 5.2.2 Wyłączenia szczególne dotyczące zakresu 2

Ochrona nie obowiązuje w przypadku:

- osób **Samozatrudnionych**;
- ustania zatrudnienia **Ubezpieczonego** na skutek częściowych zwolnień lub zmniejszenia czasu pracy z powodu zamieszek, Wojny, strajku, **Pandemii, Epidemii**;
- ustania zatrudnienia, które zostało oficjalnie ogłoszone lub podane do wiadomości **Ubezpieczonego** przed **Okresem Ubezpieczenia**;
- zatrudnienia na niepełny etat w wymiarze krótszym niż 30 godzin tygodniowo;
- **Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia**, do której doszło poza **Okresem Ubezpieczenia**, lub o której **Ubezpieczony** wiedział przed tym okresem;
- osób, które nie są zarejestrowane jako bezrobotni we właściwym powiatowym urzędzie pracy;
- rezygnacji z pracy, bezrobocia dobrowolnego oraz **Bezrobocia Sprowokowanego**;
- otrzymania przez **Ubezpieczonego** dowolnego rodzaju świadczenia emerytalnego;
- **Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia**, w przypadku gdy charakter wykonywanej przez **Ubezpieczonego** pracy jest dorywczy lub sezonowy;
- utraty zatrudnienia wynikającej z **Twojego** udziału w lokaucie, akcji strajkowej lub innego rodzaju sporze pracowniczym zorganizowanym z naruszeniem obowiązującego prawa;
- roszczeń wynikających pośrednio lub bezpośrednio z:
  - wojny, strajku, protestów obywatelskich lub wojny domowej,
  - aktywnego uczestnictwa **Ubezpieczonego** w Wojnie lub Aktach Terroru.

## 5.3 Zakres 3 – Ochrona Rachunków w przypadku Hospitalizacji wskutek Wypadku lub Choroby

---

Niniejszy zakres dotyczy także osób, które nie są **Zatrudnione** ani **Samozatrudnione**.

Jeśli w **Okresie Ubezpieczenia** będziesz miał **Wypadek** skutkujący **Uszkodzeniem Ciała** lub zapadniesz na **Chorobę**, co spowoduje **Twoją Hospitalizację**, która trwa dłużej niż **Okres Karencji**, to będziemy wypłacać **Kwotę Świadczenia** wraz z upływem **Okresu Karencji**.

W razie **Hospitalizacji** przekraczającej **Okres Karencji** będziemy wypłacać **Kwotę Świadczenia** każdorazowo za 30 kolejnych dni trwania **Hospitalizacji**, pod warunkiem przekazania nam dokumentacji medycznej za każdy pełen i nieprzerwany jej miesiąc, przy czym wypłaty będą kontynuowane przez czas nie dłuższy niż maksymalna liczba miesięcy wskazana w posiadanej przez **Ubezpieczającego Polisie** oraz w posiadanym przez **Ciebie Certyfikacie Ubezpieczenia**.

**Kwota Świadczenia** będzie obejmować comiesięczne pokrycie łącznej wysokości rachunków opłacanych za pośrednictwem **Twojego Konta**, zgodnie z posiadaną przez **Ubezpieczającego Polisa** oraz posiadanym przez **Ciebie Certyfikatem Ubezpieczenia**, w miesiącach, w których zostanie potwierdzona **Twoja Hospitalizacja**. Jeśli **Twoje** miesięczne **Rachunki** są niższe od **Kwoty Świadczenia**, nie będzie wypłaty dodatkowego świadczenia w wyższej kwocie ani na poczet przyszłych miesięcy.

**Kwota Świadczenia** kalkulowana jest jako średnia z **Twoich** regularnych miesięcznych **Rachunków** za trzy poprzednie miesiące (lub za okres krótszy, jeśli **Konto** posiadasz krócej niż 3 miesiące), licząc wstecz od pierwszego dnia poświadczonej przez **Lekarza Hospitalizacji** z powodu **Wypadku** lub **Choroby**. Maksymalna **Kwota Świadczenia** określona jest w posiadanej przez **Ubezpieczającego Polisie** oraz w posiadanym przez **Ciebie Certyfikacie Ubezpieczenia**.

### 5.3.1 Warunki szczególne ochrony w ramach zakresu 3

**Hospitalizacja** w wyniku kolejnego **Wypadku** uważana jest za źródło nowego **Roszczenia** podlegającego nowemu **Okresowi Karencji**.

W przypadku zakresu 3 **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenia z tytułu nie więcej niż dwóch **Roszczeń** w okresie 12 miesięcy.

Ponowna **Hospitalizacja** w okresie 1 miesiąca od poprzedniej, spowodowana tym samym schorzeniem (nawrót w konsekwencji tego samego **Wypadku** lub **Choroby**), uważana będzie za kontynuację poprzedniej i nie będzie obowiązywał ponownie **Okres Karencji**. Za okres ponownej **Hospitalizacji** świadczenia nie wypłaca się. W przypadku powiązanych okresów **Hospitalizacji** spowodowanych tym samym schorzeniem obowiązuje maksymalna kwota świadczenia równa 6 płatnościom miesięcznym.

### 5.3.2 Wyłączenia szczególne dotyczące zakresu 3

Ochrona nie obowiązuje w przypadku:

- **Chorób** zdiagnozowanych w **Początkowym Okresie Wyłączenia**;
- wad fizycznych, **Chorób** i schorzeń zdiagnozowanych w czasie 24 miesięcy przed **Okresem Ubezpieczenia**;
- leczenia zaburzeń nałogowych oraz nadużywania leków, substancji psychoaktywnych lub alkoholu;
- wcześniejszych schorzeń płuc lub kręgosłupa zdiagnozowanych w czasie 24 miesięcy przed **Okresem Ubezpieczenia**;
- **Roszczeń** wynikających z procedur operacyjnych i leczniczych, które nie są medycznie niezbędne, w tym m.in. z zabiegów kosmetycznych i upiększających.

## 6. Wyłączenia ogólne

---

Niniejsze wyłączenia ogólne dotyczą wszystkich zakresów ubezpieczenia określonych w niniejszej Umowie i obowiązują dodatkowo do wyłączeń szczególnych, o których mowa w punktach 5.1.2 (Zakres 1 – Ochrona rachunków w przypadku Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej wskutek Wypadku lub Choroby), 5.2.2. (Zakres 2 – Ochrona rachunków w przypadku Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia) i 5.3.2 (Zakres 3 – Ochrona rachunków w przypadku Hospitalizacji wskutek Wypadku lub Choroby).

**Ubezpieczyciel** nie jest zobowiązany do wypłaty świadczenia z tytułu **Wypadku**, **Choroby** ani **Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia** w następujących przypadkach:

- samobójstwo **Ubezpieczonego**, jego próba samobójcza lub celowe samookaleczenie, niezależnie od stanu jego zdrowia psychicznego;
- uczestniczenie przez **Ubezpieczonego** w **Sportach Powietrznych** w jakiegokolwiek formie lub w podróży lotniczej, chyba że odpłatnie jako pasażer w ramach lotu samolotem zorganizowanym i obsługiwanym przez linię lotniczą lub czarterową posiadającą stosowne zezwolenie na tego rodzaju działalność;
- HIV (wirus upośledzenia odporności), AIDS (zespół nabytego upośledzenia odporności), zespół związany z AIDS (*AIDS Related Complex*) lub schorzenia powiązane;
- uprawianie **Sportów Zimowych** niezależnie od trybu, w tym w obiektach zamkniętych. **Niniejsza klauzula nie dotyczy** wypadków wynikających z uprawiania narciarstwa rekreacyjnego oraz uprawiania snowboardingu wyłącznie na nartostradach;
- zawodowe lub amatorskie uprawianie sportu w ramach zawodów lub motozawodów (wyścig, rajd), uprawianie niżej wymienionych aktywności niebezpiecznych lub Aktywności Wysokiego Ryzyka:
  - wszystkie dyscypliny jeździeckie;
  - boks, podnoszenie ciężarów, zapasy (w różnych kategoriach), rugby, sztuki walki, polowanie na grubą zwierzynę, polo;
  - zjazdy na linie (wewnątrz i na zewnątrz), bouldering na zewnątrz, wspinaczka lodowa, wspinaczka wysokościowa, wspinaczka z asekuracją dolną lub górną (na wędkę), trekking górski na wysokości powyżej 3500 m, wędrówki i ekspedycje górskie;
  - nurkowanie głębiej niż 15 metrów, speleologia, walki i biegi z bykami;
  - **Sporty Powietrzne** w ogóle;
  - spływy rzekami (*rafting*) i kanionami (*canyoning*), skakanie na linie bungee, kajakerstwo.

- dokonanie lub usiłowanie dokonania przez **Ubezpiezonego** czynu zabronionego;
- schorzenia umysłowe i psychiczne, syndrom stresu pourazowego i powiązane syndromy;
- niespełnianie przez **Ubezpiezonego** warunków objęcia ochroną;
- reakcja jądrowa, wybuch jądrowy, promieniowanie lub zanieczyszczenie radioaktywne, niezależnie od ich przyczyn;
- wojna, inwazja, działania wrogów zewnętrznych, działania wojenne (niezależnie od wypowiedzenia wojny), wojna domowa, rebelia, rewolucja, powstanie, przejęcie władzy przez wojsko lub uzurpatora;
- wypadki w ramach sił zbrojnych bądź sił lub korpusu bezpieczeństwa w czasie wykonywania służby;
- **Wypadki**, gdy **Ubezpiezony** jest pod wpływem alkoholu (stężenie we krwi w wysokości co najmniej 0,2‰ lub w wydychanym powietrzu w wysokości co najmniej 0,1 mg/m<sup>3</sup>), narkotyków, leków, substancji psychotropowych, stymulantów i podobnych substancji.

## 7. Sankcje

---

**Ubezpieczyciel** nie świadczy ochrony i nie ponosi odpowiedzialności za pokrycie **Roszczenia** ani za spełnienie świadczenia na podstawie niniejszej **Umowy**, jeżeli świadczenie tej ochrony, pokrycie tego **Roszczenia** lub spełnienie tego świadczenia spowodowałyby narażenie **Ubezpieczyciela** lub jego grupy kapitałowej na naruszenie jakichkolwiek sankcji, zakazów lub ograniczeń wprowadzonych na podstawie rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub sankcji handlowych i gospodarczych, oraz regulacji Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii czy Stanów Zjednoczonych lub przepisów krajowych.

## 8. Początek i koniec ochrony

---

**Twoja** Ochrona rozpoczyna się w **Dacie Początkowej**, o której informacje podano w **Certyfikacie Ubezpieczenia**.

Ochrona jest wznawiana na kolejny **Okres Ubezpieczenia** z upływem rocznicy **Daty Początkowej**, o ile spełniasz warunki wskazane w punkcie 3.2 niniejszych OWU a **Polisa** pozostaje w mocy.

**Twoja** ochrona ubezpieczeniowa wygasa o północy w dniu, w którym nastąpi najwcześniejsze z następujących zdarzeń:

- upłynie ostatni dzień miesiąca w którym przestałeś opłacać regularnie miesięczne rachunki za pośrednictwem **Konta** utrzymywanego przez **Ubezpieczającego** (tj. w danym miesiącu nie wykonałeś żadnej płatności z wykorzystaniem **Konta**);
- upłynie ostatni dzień miesiąca, w którym osiągniesz wiek 65 lat;
- nastąpi **Twój** zgon; lub
- wygaśnie **Umowa Ubezpieczenia Grupowego**.

## 9. Postanowienia ogólne

---

### 9.1. Cesja

Z zastrzeżeniem punktu niniejszych OWU zatytułowanego „Wypłata świadczenia”, świadczenia z niniejszej **Umowy** mogą być przedmiotem cesji dokonanej przez **Ubezpiezonego** lub **Ubezpieczającego** wyłącznie za **Naszą** pisemną zgodą.

### 9.2. Opłaty bankowe

Nie odpowiadamy za opłaty stosowane przez bank, do którego wpływają środki z operacji dokonanych w związku z **Roszczeniem**.

### 9.3. Rozwiązanie Umowy

**Ubezpieczający** może rozwiązać niniejszą **Umowę** w każdym czasie, a jeśli tak się stanie, powinien **Cię** poinformować z wyprzedzeniem 30 dni o zakończeniu **Twojego** ubezpieczenia.

Możesz zrezygnować z **Umowy** w każdym czasie, składając stosowne oświadczenie **Ubezpieczycielowi** lub **Ubezpieczającemu**.

### 9.4. Zmiany związane z ubezpieczeniem

W **Okresie Ubezpieczenia** **Ubezpieczający** może, w drodze **Deklaracji**, wyłączać **Osoby Ubezpieczone** z **Umowy** oraz włączać nowe. **Ubezpieczający** nie może dokonywać innych zmian w niniejszej **Umowie** bez pisemnego uzgodnienia ich z **Ubezpieczycielem**.

W ramach corocznego wznowienia **Umowy** zastrzegamy sobie prawo do dokonywania zmian i uzupełnień w jej treści oraz zmian łącznej kwoty płatnej przez **Ubezpieczającego** za niniejsze ubezpieczenie. W przypadku takich zmian poinformujemy o nich **Ubezpieczającego** na piśmie co najmniej na 60 dni przed końcem danego **Okresu Ubezpieczenia**. Jeśli **Ubezpieczający** nie akceptuje proponowanych zmian, może rozwiązać **Umowę** za pisemnym oświadczeniem skierowanym do **Nas**. **Ubezpieczający** odpowiada za poinformowanie **Cię** o tego rodzaju zmianach przed rozpoczęciem kolejnego **Okresu Ubezpieczenia**. Wszelkie wprowadzane przez **Nas** zmiany będą dotyczyły jednakowo wszystkich **Osób Ubezpieczonych** na podstawie **Umowy**. Nie wprowadzamy zmian dotyczących wyłącznie określonej **Osoby Ubezpieczonej**.

#### **9.5. Prawo właściwe, właściwość sądu, język**

Niniejsza Umowa, jak i wszelkie wynikające z niej lub powstałe w związku z nią zobowiązania, podlegają prawu polskiemu i zgodnie z nim winny być interpretowane. W przypadku sporów właściwe będą wyłącznie sądy polskie.

Inne aspekty niniejszej Umowy (w tym kwestie związane z likwidacją szkód, nadubezpieczeniem, niedubezpieczeniem i doubezpieczeniem, a także z przeniesieniem praw i obowiązków ubezpieczyciela wynikających z niniejszej umowy) podlegają właściwemu prawu.

Powództwa wynikające z umowy ubezpieczenia wytacza się według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy miejscowo dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego**, **Ubezpieczonego** lub osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

Wszelka komunikacja związana z niniejszą umową ubezpieczenia odbywa się w języku polskim.

#### **9.6. Wykonanie postanowień Umowy**

**Ubezpieczający** (a także jego reprezentanci) oraz **Ubezpieczony** będą przestrzegać wszystkich postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia określonych w niniejszej Umowie.

#### **9.7. Naruszenie obowiązku deklaracji ryzyka**

**Ubezpieczający** obowiązany jest podać do wiadomości **Ubezpieczyciela** wszystkie znane sobie okoliczności, o które **Ubezpieczyciel** zapytywał w **Deklaracji** albo w innych pismach przed zawarciem umowy. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem tego obowiązku nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia tych obowiązków doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek ubezpieczeniowy przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.

**Ubezpieczający** potwierdza, że zaofiarowanie niniejszej **Umowy** oraz kalkulacja składki przez **Ubezpieczyciela** nastąpiły na podstawie przekazanych przez **Ubezpieczającego** informacji, o które zapytywał **Ubezpieczyciel**.

#### **9.8. Reklamacje**

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

- 1) Jeżeli poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, **Ubezpieczający**, **Ubezpieczony**, uposażony, uprawniony z umowy ubezpieczenia lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia chciałby zgłosić reklamację, może to uczynić:
  - a. na piśmie – w siedzibie **Ubezpieczyciela** przy ul. Królewskiej 18, 00-103 Warszawa lub innej jednostce obsługującej klientów - osobiście lub przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy – Prawo pocztowe, bądź na adres Ubezpieczyciela do doręczeń elektronicznych w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych (na dzień wpisu tego adresu do bazy adresów elektronicznych),
  - b. ustnie – osobiście w siedzibie **Ubezpieczyciela** lub innej jednostce obsługującej klientów lub telefonicznie pod nr 801 800 028 lub +48224523997,
  - c. w postaci elektronicznej – przesyłając reklamację na adres: poland.office@chubb.com lub reklamacje.pl@chubb.com.
- 2) Odpowiedź na reklamację zostaje udzielona na piśmie, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Jeśli zgłaszający reklamację chciałby otrzymać odpowiedź pocztą

elektroniczną, powinien zawrzeć taki wniosek w reklamacji i wskazać adres email, na który odpowiedź powinna być przesłana.

- 3) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi we wskazanym wyżej terminie, termin rozpatrzenia reklamacji może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. **Ubezpieczyciel** poinformuje o przedłużeniu terminu osobę lub podmiot, który wystąpił z reklamacją, oraz wyjaśni przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nieprzekraczający 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
- 4) **Ubezpieczonemu**, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
- 5) Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym do rozpatrywania sporów pomiędzy Ubezpieczycielem, a konsumentami jest Rzecznik Finansowy ([www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl)).
- 6) **Ubezpieczony**, uposażony oraz inny uprawniony z Umowy ma prawo wystąpienia na drogę sądową w celu dochodzenia swoich roszczeń.
- 7) Jako **Ubezpieczony** możesz zgłosić skargę za pośrednictwem europejskiej platformy internetowego rozstrzygnięcia sporów:

<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

lub na nasz adres email: [poland.office@chubb.com](mailto:poland.office@chubb.com) lub [szkody@chubb.com](mailto:szkody@chubb.com).

Przeprowadzenie niniejszej procedury reklamacyjnej nie wpływa na ustawowe prawa przysługujące **Ubezpieczonemu** i **Ubezpieczającemu** w związku z niniejszą Umową.

## 10. Definicje stosowane w Umowie

---

Niektóre terminy użyte w niniejszej Umowie mają szczególne znaczenie. Są to te terminy zawarte w niniejszych OWU oraz w Certyfikacie Ubezpieczenia, które pisane są wielką literą i wytłuszczoną czcionką, przy czym ich znaczenie jest zachowane niezależnie od liczby gramatycznej, w jakiej są użyte. W całej niniejszej Umowie obowiązują następujące definicje terminów:

### WYPADEK

Nagle, gwałtowne i określone zdarzenie spowodowane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną, którego pośrednią ani bezpośrednią przyczyną nie jest choroba **Ubezpieczonego**, w tym choroba umysłowa, a które zaszło nagle w **Okresie Ubezpieczenia** niezależnie od woli **Ubezpieczonego**.

### KONTO

Usługa świadczona **Ubezpieczonemu** przez **Ubezpieczającego** na stronie <https://kontu.pl/> lub w aplikacji Kontuapp.

### SPORTY POWIETRZNE

akrobacje spadochronowe (*skydiving*), latanie samolotem z systemem sztucznej stateczności *fly by wire*, lotnictwo (szybownictwo), skoki spadochronowe, motolotniarstwo, skoki spadochronowe w tandemie (tylko jeden skok), puszczanie latawców (*kite flying*), wózki z napędem spadochronowym (*kitybuggying*).

### ADMINISTRATOR

ISON Care Sp. z o. o.  
ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa  
nr KRS 0000262086

## **KWOTA ŚWIADCZENIA**

Niższa z następujących kwot:

(a) wysokość bieżących **Rachunków** opłacanych przez **Konto Ubezpieczonego** w dowolnym miesiącu w czasie, którego dotyczy **Roszczenie**;

b) maksymalna **Kwota Świadczenia** na jedno **Roszczenie** w oparciu o poziom ochrony wskazany w posiadanej przez **Ubezpieczającego Polisie** oraz w posiadanym przez **Ubezpieczonego Certyfikacie Ubezpieczenia**, określana według kalkulacji opisanej w punkcie 5 niniejszych OWU w odniesieniu do zakresów 1, 2 i 3 (odpowiednio).

## **OKRES ŚWIADCZENIA**

Okres przez który wypłacana jest **Kwota Świadczenia**, wskazany w posiadanej przez **Ubezpieczającego Polisie** oraz w posiadanym przez **Ubezpieczonego Certyfikacie Ubezpieczenia**. **Okres Świadczenia** rozpoczyna bieg wraz z upływem **Okresu Karencji** liczonego po **Początkowym Okresie Wyłączenia** (gdy ma zastosowanie).

## **RACHUNKI**

Comiesięczne płatności dokonywane przez **Ubezpieczonego** na rzecz osób trzecich za pośrednictwem **Konta** na platformie/ w aplikacji **Ubezpieczającego** w **Okresie Ubezpieczenia**.

## **USZKODZENIE CIAŁA**

Obrażenia odniesione przez **Ubezpieczonego** w okresie obowiązywania **Umowy** wyłącznie na skutek **Wypadku**, które same z siebie powodują **Tymczasową Niepełnosprawność Całkowitą** w okresie 24 miesięcy od **Wypadku** lub **Hospitalizacji** oraz skutkują **Roszczeniem** objętym ubezpieczeniem na podstawie niniejszej Umowy.

## **CERTYFIKAT UBEZPIECZENIA**

Dokument wydawany przez **Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu**, w którym zawarto ważne informacje m.in. o przysługującej **Ubezpieczonemu** ochronie.

## **ROSZCZENIE**

Ubezpieczona na podstawie niniejszej Umowy szkoda lub ciąg szkód wynikających z jednej przyczyny.

## **DZIEŃ**

Okres 24 następujących po sobie godzin .

## **DEKLARACJA**

Przekazane **Ubezpieczycielowi** przez **Ubezpieczającego** aktualne informacje o **Ubezpieczonym** oraz należnej składce.

## **LEKARZ**

Osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny na gruncie prawa polskiego, niebędąca jednak **Ubezpieczonym** ani członkiem jego rodziny, chyba że za zgodą **Ubezpieczyciela**.

## **EPIDEMIA**

Wybuch choroby mającej wpływ na znaczną liczbę osób w ramach danej społeczności, populacji lub regionu.

## ZATRUDNIONY

Osoba pracująca na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony w wymiarze co najmniej 30 godzin tygodniowo nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 następujących po sobie miesięcy u tego samego pracodawcy. Osoba ta winna otrzymywać wynagrodzenie, które można udokumentować wyciągami z rachunku bankowego.

## POLISA

Dokument wydawany przez **Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu** i wskazujący ważne informacje, w tym szczególnie przysługującej **Ubezpieczonemu** ochrony.

## UBEZPIECZAJĄCY

Osoba, organizacja lub podmiot wskazane jako **Ubezpieczający** w **Polisie** i **Certyfikacie Ubezpieczenia**.

## AKTYWNOŚĆ WYSOKIEGO RYZYKA

kolarstwo ekstremalne, walka w ręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca specjalistycznego sprzętu, speleologia, biegi z pokonywaniem przeszkód (np. parkour, runmageddon, freerun), skakanie na linie bungee, zorbing, wyścigi, rajdy i wyczyny kaskaderskie na motorach i łodziach motorowych, wyścigi konne, spływy rzekami górskimi (*whitewater rafting*), nurkowanie wymagające specjalistycznego sprzętu, nurkowanie, żeglownictwo po morzu lub oceanie, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, motolotniarstwo, ekspedycje do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami pogodowymi lub naturalnymi, tzn. pustynie, góry wysokie (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, a także obszary zlodowaciałe i śnieżne wymagające korzystania ze specjalistycznych zabezpieczeń.

## SZPITAL

Instytucja przewidziana do pobytu pacjentów i posiadająca urządzenia do diagnostyki i leczenia, w tym operacyjnego, która prowadzi działalność leczniczą w formie świadczeń szpitalnych w rozumieniu ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia Umowy. Termin ten nie obejmuje zakładów opiekuńczych, opieki paliatywnej, ośrodków rehabilitacji, domów opieki nad osobami starszymi, centrów rekonwalescencji oraz zakładów opieki długoterminowej.

## HOSPITALIZACJA

Pobyt w szpitalu oznaczający przyjęcie do **Szpitala** na okres co najmniej jednego **Dnia** jako pacjent szpitalny, dla którego założono dokumentację medyczną, przy czym pobyt ten jest konieczny do opieki medycznej, diagnozy i leczenia **Ubezpieczonego** na skutek **Wypadku** lub **Choroby** na zalecenie **Lekarza** oraz pod jego stałą opieką i nadzorem. W przypadku **Hospitalizacji**, która rozpoczęła się w **Okresie Ubezpieczenia**, ale trwa nadal po jego upływie, ochrona przewidziana niniejszą **Umową** wygasa z końcem pełnego miesiąca **Hospitalizacji**, w którym upłynął **Okres Ubezpieczenia**, i nie przysługuje za dalsze jej miesiące.

## POCZĄTKOWY OKRES WYŁĄCZENIA

Czas braku dostępności świadczenia dla **Ubezpieczonego** na początku pierwszego **Okresu Ubezpieczenia**. Czas ten jest wskazany w posiadanej przez **Ubezpieczającego Polisie** oraz w posiadanym przez **Ubezpieczonego Certyfikacie Ubezpieczenia**.

## WŁĄCZENIE

Proces włączenia **Osoby Ubezpieczonej** do niniejszego ubezpieczenia prowadzony przez **Ubezpieczającego**.

## OSOBA UBEZPIECZONA

Osoba spełniająca warunki objęcia ochroną, lub kategoria takich osób, wskazana w posiadanej przez **Ubezpieczającego Polisie** oraz w posiadanym przez **Ubezpieczonego Certyfikacie Ubezpieczenia**.

## **NIEZAMIERZONA UTRATA ZATRUDNIENIA**

Rozwiązanie umowy o pracę z przyczyn niedotyczących **Ubezpiezonego**, wskutek czego **Ubezpieczony** staje się bezrobotnym w rozumieniu przepisów ustawy z 20 kwietnia 2004 r., o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (lub na mocy ewentualnych aktów prawnych uchwalonych w miejsce tej ustawy).

## **PANDEMIA**

Wybuch choroby na dużym obszarze geograficznym, np. w wielu krajach lub na wielu kontynentach, która zazwyczaj dotyka znaczącego odsetka populacji.

## **PARTNER**

W stosunku do **Ubezpiezonego**:

- współmałżonek,
- partner w związku partnerskim lub konkubent (osoba dowolnej płci, z którą **Ubezpieczony** mieszka przez co najmniej 1 rok, jak gdyby osoba ta była jego współmałżonkiem lub partnerem w związku partnerskim).

## **OKRES UBEZPIECZENIA**

Okres 12 miesięcy. Pierwszy **Okres Ubezpieczenia** rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu spełnienia przez **Ubezpiezonego** warunków objęcia ochroną określonych w punkcie 3.2 niniejszych OWU.

## **TRWAŁA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ CAŁKOWITA**

Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, które zgodnie z bieżącą wiedzą medyczną skutkują niemożliwością wykonywania przez Ubezpiezonego:

- płatnej pracy w jakimkolwiek zawodzie, tzn. wykonywania pracy, do której wykonywania Ubezpieczony jest wykwalifikowany ze względu na przeszkolenie, wykształcenie lub doświadczenie;
- płatnej pracy w dotychczasowym zawodzie, tzn. pracy, którą Ubezpieczony wykonywał przez większą część swojego życia zawodowego.

Trwała niepełnosprawność całkowita to niepełnosprawność trwająca przez okres co najmniej 12 (dwunastu) kolejnych miesięcy, po którym ma charakter permanentny i wedle bieżącej wiedzy medycznej nieodwracalny.

Znaczenie terminu „trwała niepełnosprawność całkowita” jest niezależne od znaczenia terminu „całkowita niezdolność do pracy” w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.

## **UMOWA**

Umowa ubezpieczenia pod nazwą „Ochrona rachunków”.

## **BEZROBOCIE SPROWOKOWANE**

Bezrobocie sprowokowane to bezrobocie wynikające z rozwiązania umowy o pracę z powodu ciężkiego naruszenia obowiązków pracowniczych przez Osobę Ubezpieczoną. Weryfikacja, czy powodem rozwiązania umowy o pracę jest ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych, zostanie dokonana na podstawie analizy dokumentu rozwiązującego umowę lub na podstawie innych możliwych dowodów.

## **SAMOZATRUDNIENIE**

**Ubezpieczony** jest samozatrudniony, jeśli prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą jednoosobowo lub jako wspólnik w spółce osobowej uregulowanej w Kodeksie spółek handlowych lub w spółce cywilnej uregulowanej w Kodeksie cywilnym, lub też jako członek zarządu lub rady nadzorczej w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością lub w spółce akcyjnej.

## **CHOROBA**

Pogorszenie stanu zdrowia **Ubezpieczonego** w **Okresie Ubezpieczenia**, które zaszło z przyczyn poza jego kontrolą, ale nie na skutek **Wypadku**, a które zostało zdiagnozowane i potwierdzone przez **Lekarza**.

Za jedną i tę samą **Chorobę** uważa się również wszystkie jej następstwa zdrowotne, a także schorzenia wynikające z tej samej lub powiązanej przyczyny.

Schorzenie spowodowane przyczyną wytworzoną przez poprzednią **Chorobę** lub przyczynami z nią powiązаныmi (w tym następstwami i komplikacjami z niej wynikającymi) będzie uważane za kontynuację poprzedniej **Choroby**, a nie inną **Chorobę**.

## **DATA POCZĄTKOWA**

Wskazana w posiadanym przez **Ubezpieczonego** **Certyfikacie Ubezpieczenia** data, od której rozpoczyna się jego ochrona ubezpieczeniowa.

## **TYMCZASOWA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ CZĘŚCIOWA**

Tymczasowa niepełnosprawność częściowo uniemożliwiająca **Ubezpieczonemu** podjęcie jakiejkolwiek pracy (tzn. sytuacja niestanowiąca **Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej**).

## **TYMCZASOWA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ CAŁKOWITA**

Oznacza tymczasową, spowodowaną **Wypadkiem** lub **Chorobą** niezdolność **Ubezpieczonego** do wykonywania pracy będącej źródłem dochodu lub wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub wykonywania zawodu lub innej umowy, niestanowiącą **Trwałej Niepełnosprawności Całkowitej** i poświadczoną przez **Lekarza**.

## **OKRES KARENCJI**

Początkowy okres **Tymczasowej Niepełnosprawności Całkowitej** wynikającej z **Wypadku** lub **Choroby** albo początkowy okres **Niezamierzonej Utraty Zatrudnienia**, w którym nie są wypłacane świadczenia. Okres ten jest wskazany w posiadanej przez **Ubezpieczającego** **Polisie** oraz w posiadanym przez **Ubezpieczonego** **Certyfikacie Ubezpieczenia**.

## **UBEZPIECZYCIEL (MY)**

Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Królewska 18, 00-103 Warszawa, wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000233686, NIP 1080001001, REGON 140121695.

## **SPORTY ZIMOWE**

Narciarstwo zjazdowe, jazda na desce (*snowboarding*), jazda na toboganie poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, hokej na rolkach, narciarstwo przełajowe, narciarstwo nordyckie na szlakach znakowanych, jazda na krótkich nartach (*snowblading*), jazda na desce, w tym na przełaj lub poza granicą kurortu, narciarstwo alpejskie skitourowe, jazda na nartach/desce na sztuczным stoku lub w parku śnieżnym na terenie kurortu, jazda po śniegu na sankach, saniach lub toboganie, jazda na motorze z nartami (na trasie lub poza trasą w granicach kurortu), jazda na desce z latawcem (*snowkiting*), zjazd w pontonie (*snowrafting*), jazda skuterem śnieżnym.

## **UBEZPIECZONY (TY)**

### **Ubezpieczona Osoba**

## **OWU**

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia „Ochrona rachunków”.

## 11. Ochrona danych osobowych

---

### Dane osobowe przekazywane przez Ubezpieczonego

**Ubezpieczyciel** używa danych osobowych przekazywanych przez **Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi** (a w stosownych przypadkach także brokerowi ubezpieczeniowemu działającemu na rzecz **Ubezpieczającego**) w celu opracowania niniejszej Umowy i zarządzania nią, w tym wszelkimi wynikającymi z niej roszczeniami.

Dane te obejmują podstawowe dane kontaktowe, jak nazwisko i adres **Ubezpieczonego**, przeciętną wysokość jego **Rachunków** za trzy miesiące, wysokość jego **Rachunków** bieżących oraz numer jego **Certyfikatu Ubezpieczenia**, które to dane zostaną uzyskane od **Ubezpieczającego**, przy czym dane te mogą także zawierać więcej szczegółowych informacji o **Ubezpieczonym** (np. o jego wieku, stanie zdrowia, danych majątkowych, wcześniej zgłaszanych szkodach), o ile takie dane mają istotne znaczenie dla ubezpieczonego przez **Ubezpieczyciela** ryzyka, świadczonych przez niego usług, albo **Roszczeń** zgłaszanych przez **Ubezpieczającego** czy **Ubezpieczonego**.

Ponieważ **Ubezpieczyciel** jest częścią globalnej grupy kapitałowej, dane osobowe **Ubezpieczonego** mogą być przekazywane innym spółkom z grupy w innych krajach w zakresie, w jakim jest to wymagane do świadczenia ochrony wynikającej z umowy ubezpieczenia lub dla potrzeb przechowywania danych. Korzystamy ponadto z usług szeregu zaufanych usługodawców, którzy także będą mieć dostęp do danych osobowych pod **Naszym** nadzorem i kontrolą.

Masz szereg praw związanych z Twoimi danymi osobowymi, w tym prawo dostępu do danych i – w określonych okolicznościach – prawo do ich usunięcia.

Niniejszy punkt zawiera skrótowy opis sposobu korzystania z danych osobowych przez **Ubezpieczyciela**. Bardziej szczegółowe informacje zawarte są w obowiązujących u **Ubezpieczyciela** Głównych Zasadach Zachowania Poufności (*Master Privacy Policy*) sporządzonych w sposób przyjazny dla czytelnika, do zapoznania się z którymi gorąco zachęcamy – zob. <https://www.chubb.com/uk-en/footer/privacy-policy.html>. Zarówno **Ubezpieczający** jak i **Ubezpieczony** mogą w każdym czasie zwrócić się o papierowy egzemplarz powyższego dokumentu, pisząc do Nas na adres [dataprotectionoffice.europe@chubb.com](mailto:dataprotectionoffice.europe@chubb.com).

## **12. Kontakt**

---

Chubb European Group SE Spółka Europejska

Oddział w Polsce

Królewska 18

00-103 Warszawa

Polska

T: +48224523999

F: +48224523989

[poland.office@chubb.com](mailto:poland.office@chubb.com)

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

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