OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
KIEROWCY I PASAŻERÓW

OWU/ALP/NNW/02/11/2026

obowiązujące od 02.11.2026 roku

SOCIETE GENERALE
Insurance

INFORMACJA NA PODSTAWIE ARTYKUŁU 17 USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ

Rodzaj Informacji	**Numer Właściwego Postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Kierowcy I Pasażerów**
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Art. 4 Art. 5 Art. 6 Art. 7 Art. 8 Art. 9 z zastosowaniem definicji zawartych w art. 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń, lub ich obniżenia	Art. 3 Art. 11 Art. 12 Art. 13 Art. 16 z zastosowaniem definicji zawartych w art. 2

Art. 1 Wstęp

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Kierowcy i Pasażerów (dalej określane jako „OWU"), określają warunki ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczonego.

Art. 2 Definicje

Wszelkie odniesienia do poniższych pojęć i terminów pisanych wielką literą w pozostałej części niniejszych OWU, jak również we wszelkich innych dokumentach i oświadczeniach sporządzonych w związku z udzieleniem ochrony ubezpieczeniowej, mają następujące znaczenia:

Choroba: każda choroba lub infekcja zdiagnozowana w Okresie Ubezpieczenia.

Czasowa Całkowita Niezdolność do Pracy: okres, w którym Ubezpieczony jest niezdolny do świadczenia pracy, którą dotychczas wykonywał, potwierdzona Zaświadczeniem Lekarskim.

Dziecko na Utrzymaniu: dziecko własne Ubezpieczonego:

a) do 18 roku życia lub
b) uczące się lub z orzeczeniem niepełnosprawności, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25. roku życia,

zależne od Ubezpieczonego i pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Ubezpieczonym.

Koszty Leczenia Powypadkowego: wydatki faktycznie poniesione przez Ubezpieczonego na leczenie i leki przepisane lub zalecone przez Lekarza, włączając:

a) wynagrodzenie Lekarza,
b) koszt sali jednoosobowej oraz koszt sali operacyjnej w placówce opieki zdrowotnej,
c) koszt znieczulenia (łącznie z kosztem podania znieczulenia), wykonania badania rentgenowskiego, koszty badań laboratoryjnych,
d) koszty ponoszone w związku z transportem karetką do placówek opieki zdrowotnej,
e) leki, usługi i materiały terapeutyczne,
f) koszty rehabilitacji.

Koszty Standardowe i Uzasadnione: poniesione opłaty i obciążenia, z wyłączeniem poniesionych opłat i obciążeń nie pozostających w bezpośrednim związku z Wypadkiem, oraz opłaty i obciążenia z tytułu usług medycznych, które nie zostały przepisane lub zalecone przez Lekarza.

Lekarz: osoba wykonująca zawód lekarza uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, należycie zarejestrowana, z wyjątkiem:

a) Ubezpieczonego,
b) krewnego Ubezpieczonego, zdefiniowanego jako powinowaty lub krewny - wstępny bądź zstępny,
c) Pracownika Ubezpieczonego.

Natychmiastowe Leczenie: leczenie rozpoczynające się w ciągu 24 godzin od wystąpienia Urazu u Ubezpieczonego.

Niepełnosprawność: stałe i nieodwracalne obniżenie zdolności intelektualnych, psychosensorycznych i fizycznych Ubezpieczonego, które trwa po zakończeniu leczenia.

Okres Karencji: okres (wyrażony w dniach) Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy, za który nie przysługują świadczenia. Świadczenia wypłacane są od 15 dnia trwania Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy, potwierdzonej Zaświadczeniem Lekarskim.

Okres Ubezpieczenia: okres, w którym Ubezpieczyciel świadczy ochronę ubezpieczeniową, wskazany w polisie ubezpieczeniowej.

Pojazd: jakikolwiek czterokołowy pojazd silnikowy, który spełnia wszystkie poniższe warunki łącznie:

a) jest własnością:
   - Ubezpieczającego i jest przedmiotem umowy leasingu, umowy najmu długo lub krótkoterminowego zawartej przez Ubezpieczającego, lub
   - innej osoby prawnej, przy czym Ubezpieczający zarządza lub użytkuje flotę samochodową, w skład której wchodzi Pojazd, odpowiednio na podstawie umowy o zarządzanie lub umowy leasingu,
b) jest zarejestrowany w Polsce zgodnie z przepisami o ruchu drogowym,

c) jego dopuszczalna masa całkowita nie przekracza 3,5 ton,
d) od daty jego pierwszej rejestracji nie upłynęło więcej niż 10 lat oraz nie upłynie więcej niż 10 lat do końca Okresu Ubezpieczenia,
i nie jest:
1) pojazdem użytkowanym jako pojazd pasażerski komunikacji miejskiej lub do przewożenia osób, za wymaganą opłatą za przejazd (włącznie z taksówkami),
2) pojazdem użytkowanym jako pojazd do transportu towarów lub do przewożenia towarów po uiszczeniu zapłaty za koszt transportu,
3) pojazdem przewożącym niebezpieczne towary, takie jak te określone w europejskiej umowie dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych,
4) pojazdem przewożącym ładunki emitujące promieniowanie jonizujące, które mają być wykorzystane poza instalacją jądrową, pod warunkiem , że ładunki takie spowodowały lub zwiększyły wielkość szkody,
5) pojazdem użytkowanym w szkołach nauki jazdy,
6) pojazdem używanym przez publiczne służby ratunkowe, łącznie z karetkami pogotowia ratunkowego,
7) pojazdem użytkowanym w wyścigach, rajdach i w jazdach próbnych,
8) mającym 10 lub więcej siedzeń,
9) motocyklem,
10) pojazdem poruszajacym się w obrębie lotniska w strefach ograniczonego dostępu; ograniczony dostęp odpowiada strefie operacyjnej w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 300/2008, tj. dotyczy obszaru ruchu naziemnego oraz całości lub części terenu i przylegających budynków lotniska, do których dostęp jest regulowany,
11) pojazdem wykorzystywanym w systemie wspólnego użytkowania (tzw. car-sharing),
12) pojazdem zaprojektowanym lub przystosowanym do celów wojskowych i/lub policyjnych,
13) pojazdem wraz z wyposażeniem, wykorzystywanym jako specjalistyczne urządzenia w przemyśle oraz rolnictwie, mającym zakaz wjazdu na autostrady,
14) pojazdem zabytkowym,
15) pojazdem wynajmowanym firmom wynajmu krótkoterminowego,
16) pojazdem, którego wartość brutto przekracza 500.000 zł. Dla pojazdów o wartości powyżej 500.000 zł brutto mogą zostać zastosowane indywidualne warunki ubezpieczenia.

Suma Ubezpieczenia: górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do roszczenia, w razie zajścia Wypadku objętego Umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem odpowiednich postanowień OWU.

Szpital: zakład leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa, w którym wykonuje świadczenia szpitalne, tj. zapewnia 24-godzinne całościowe świadczenia zdrowotne obejmujące diagnozę, leczenie oraz opiekę, która nie może być zapewniona z wykorzystaniem innego 24-godzinnego systemu ambulatoryjnego. Szpitalem nie będą czynne 24-godziny na dobę zakłady odtruwania, zakłady opieki, pielęgnacji lub rehabilitacji świadczące usługi dla pacjentów niewymagających hospitalizacji, jak również rehabilitacyjne jednostki, szpitale, sanatoria.

Terroryzm: akt zagrożenia lub faktycznego użycia siły lub przemocy przez osobę lub grupę osób działających we własnym imieniu lub w imieniu organizacji lub rządu, lub w związku z nimi, podejmowany z powodów politycznych, religijnych, ideologicznych lub etycznych, lub z innych powodów, związany z zamiarem wywarcia wpływu na rząd lub zastraszenie społeczeństwa lub jego części.

Ubezpieczający: osoba zawierająca umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem zobowiązana do opłacania składki.

Ubezpieczony: kierowca upoważniony przez Użytkownika Pojazdu do korzystania z Pojazdu oraz pasażerowie tego Pojazdu przewożeni w chwili wystąpienia Wypadku, zgodnie z aktualnymi przepisami prawa oraz informacjami zawartymi w dowodzie rejestracyjnym Pojazdu.

Ubezpieczyciel: SOGESSUR S.A., zakład ubezpieczeń w formie spółki akcyjnej utworzonej i działającej zgodnie z prawem francuskim, z siedzibą pod adresem: Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Defense CEDEX, Francja, zarejestrowana we Francji pod numerem 379 846 637 R.C.S. Nanterre, działający w Polsce poprzez oddział SOGESSUR S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą we Wrocławiu przy Plac Solny 16, 50-062 Wrocław, wpisany do rejestru przedsiębiorców

Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, Wydział VI Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000532682, numer identyfikacji podatkowej (NIP): 101-000-70-62, (REGON): 360249597.

Uposażony: w przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uposażony jest osobą wyznaczoną przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania Sumy Ubezpieczenia. W przypadku braku takiego wyznaczenia, mają zastosowanie poniższe zasady, w następującym porządku: małżonek niebędący w separacji prawnej; dzieci Ubezpieczonego, narodzone lub nie; wnuki Ubezpieczonego; pozostali następcy prawni Ubezpieczonego zgodnie z przepisami obowiązującego prawa.

Uraz: uraz ciała spowodowany Wypadkiem, mający miejsce w Okresie Ubezpieczenia, który wystąpił nagle i niespodziewanie, niebędący przy tym:

a) jakąkolwiek Chorobą, chyba że jest ona skutkiem urazu,
b) zespołem stresu pourazowego,
c) stanem psychicznym lub emocjonalnym, z wyłączeniem całkowitej i nieuleczalnej niepoczytalności wynikającej bezpośrednio z Wypadku.

Utrata Kończyny:

w przypadku nogi:

a) anatomiczna utrata kończyny na wysokości kostki lub powyżej kostki, bądź
b) stała utrata funkcji całej stopy lub nogi.

w przypadku ramienia:

a) utrata wiążąca się ze stałą anatomiczną utratą czterech palców na wysokości stawu międzypaliczkowego (staw łączący śródręcze z palcami) lub utrata kończyny powyżej tego stawu, bądź
b) stała utrata funkcji całego ramienia lub ręki.

Utrata Mowy: całkowita i stała utrata mowy.

Utrata Słuchu: całkowita i stała utrata słuchu.

Utrata Wzroku: stała i całkowita utrata wzroku:

a) w obu oczach, po oficjalnym uznaniu Ubezpieczonego za niewidomego, lub
b) w jednym oku, jeśli stopień po korekcji wzroku równy jest 3/60 lub mniej w tablicy Snellena.

Użytkownik Pojazdu:

a) leasingobiorca lub najemca Pojazdu,
b) inna osoba używająca Pojazdu za zgodą właściciela lub posiadacza, o którym mowa w pkt a) lub osobą użytkującą Pojazd na podstawie umowy o użytkowanie auta służbowego.

Wojna: jakiekolwiek działanie wynikające z użycia sił zbrojnych lub stanowiące próbę uczestnictwa w działaniach polegających na użyciu siły przeciwko innym państwom, wojna domowa, rewolucja, inwazja, powstanie, użycie sił zbrojnych, przejęcie rządu lub sił zbrojnych, zamierzone użycie sił zbrojnych w celu przejęcia, zapobieżenia lub zrekompensowania skutków aktów Terroryzmu, które były znane bądź co do których podejrzewano, że zaistnieją.

Wypadek: nagłe i nieprzewidziane zdarzenie, niezależne od Ubezpieczonego, mające miejsce w Okresie Ubezpieczenia, wynikające z czynników zewnętrznych, powstałe na skutek:

a) ruchu Pojazdu,
b) wypadku drogowego z udziałem Pojazdu,
c) wchodzenia do Pojazdu lub wychodzenia z niego,
d) załadunku lub rozładunku Pojazdu,
e) usuwania awarii Pojazdu na drodze lub tankowania Pojazdu.

Zaświadczenie Lekarskie: zaświadczenie lekarskie wystawione na odpowiednim druku przez Lekarza uprawnionego zgodnie z prawem do wystawiania zaświadczeń o Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy.

Złamanie: złamanie kości.

Art. 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

3.1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej odnośnie skutków Wypadków będących Urazami doznanymi przez Ubezpieczonego w Okresie Ubezpieczenia, na podstawie postanowień niniejszych Warunków, do Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w art. 13.1.

3.2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące ryzyka:
   a) śmierć Ubezpieczonego,
   b) Niepełnosprawność Ubezpieczonego,
   c) Czasową Całkowitą Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego,
   d) Złamania i oparzenia Ubezpieczonego,
   powstałe w wyniku Wypadku.

3.3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje roszczeń z tytułu Urazów innych niż Urazy wskazane w art. 2., ani zadośćuczynień za doznaną krzywdę, odszkodowań za poniesione straty materialne z tytułu utraty lub uszkodzenia rzeczy należącej do Ubezpieczonego, utraconych korzyści Ubezpieczonego.

Art. 4 Ochrona ubezpieczeniowa i czas trwania umowy ubezpieczenia

4.1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku Ubezpieczającego na okres 12 miesięcy lub krótszy.

4.2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na rzecz Ubezpieczonych. Ubezpieczyciel może podnieść zarzuty mające wpływ na jego odpowiedzialność także przeciwko Ubezpieczonemu.

4.3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia jako początek Okresu ubezpieczenia.

4.4. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się i ochrona ubezpieczeniowa wygasa:.
   a) z dniem upływu Okresu Ubezpieczenia,
   b) z dniem odstąpienia od umowy zgodnie z art.19,
   c) z chwilą przeniesienia własności Pojazdu,
   d) z dniem wyrejestrowania Pojazdu lub udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania Pojazdu, bez zmiany w zakresie prawa własności,
   e) z dniem wypłaty maksymalnej Sumy Ubezpieczenia.

Art. 5 Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku

5.1 W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe określone w art. 13.1.

5.2 Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku śmierci Ubezpieczonego zostanie wypłacone, jeśli śmierć wystąpiła w ciągu 2 lat od dnia Wypadku i jest wyłącznym i niezależnym od innych czynników skutkiem Urazu, który doprowadził do śmierci. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi po wypłaceniu świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu innego ryzyka niż śmierć, Ubezpieczyciel wypłaci różnicę między już wypłaconym świadczeniem ubezpieczeniowym a Sumą Ubezpieczenia.

5.3 Jeżeli Ubezpieczony pozostawił co najmniej jedno Dziecko na Utrzymaniu, Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowo kwotę 10.000 zł bez względu na liczbę Dzieci na Utrzymaniu.

5.4 Oprócz świadczenia ubezpieczeniowego należnego w przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel pokryje koszty pogrzebu Ubezpieczonego w Polsce do wysokości 5.000 zł.

5.5 Ubezpieczyciel wypłaci kwotę na pokrycie kosztów pogrzebu osobie, która faktycznie poniosła koszty pogrzebu.

Art. 6 Świadczenia ubezpieczeniowe w przypadku Niepełnosprawności w wyniku Wypadku

6.1 Jeśli Ubezpieczony dozna Urazu w wyniku Wypadku, który to Uraz będzie jedyną i niezależną od innych czynników przyczyną Niepełnosprawności, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe określone w poniższej tabeli, do wysokości Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w art. 13.1.

TABELA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH W PRZYPADKU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Rodzaj Niepełnosprawności	Świadczenia ubezpieczeniowe wyrażone jako odsetek Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w art. 13.1
1) Utrata Kończyny	100 %
2) Utrata Wzroku	100 %
3) Utrata Mowy	100 %
4) Głuchota	100 %
5) Całkowita trwała niepełnosprawność	100 %

6) Anatomiczna utrata lub stała utrata funkcji (z wyłączeniem porażenia – zob. art. 6.4.)	
a) jeden kciuk	30 %
b) palec wskazujący	20 %
c) palec inny niż wskazujący	10 %
b) paluch (u nogi)	15 %
e) palec u nogi inny niż paluch	5 %
f) ramię lub łokieć	25 %
g) nadgarstek, kolano lub kostka	20 %
h) żuchwa z powodu operacji chirurgicznej	30 %
7) Znaczna utrata kości (stan stały i nieuleczalny)	
a) czaszka przez całą grubość, o powierzchni:	
- powyżej 6 cm^2	40 %
- od 3 do 6 cm^2	20 %
- poniżej 3 cm^2	10 %
b) ramię	40 %
c) dwie kości przedramienia	30 %
d) udo lub podudzie	50 %
e) rzepka	20 %
f) skrócenie kończyny dolnej o:	
- powyżej 5 cm	40 %
- powyżej 3 do 5 cm	20 %
- od 1 do 3 cm	10 %
8) Całkowita i nieuleczalna niepoczytalność	100 %

Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie obliczone jako iloczyn stopnia Niepełnosprawności określonej zgodnie z powyższymi zasadami i Sumy Ubezpieczenia (np. Niepełnosprawność 1% = 1% Sumy Ubezpieczenia).

6.2 Zawód wykonywany przez Ubezpieczonego nie będzie brany pod uwagę podczas określania stopnia Niepełnosprawności.

6.3 Jeżeli jeden Wypadek będzie skutkował więcej niż jedną postacią Niepełnosprawności, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wyliczone jako suma procentów Sumy Ubezpieczenia za każdą postać Niepełnosprawności, zgodnie z art. 6.1. W żadnym przypadku kwota świadczenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w art. 13.1. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu utraty całej kończyny (łącznie z całkowitą utratą funkcji danej kończyny) nie przysługuje wypłata świadczenia z tytułu utraty części kończyny (łącznie z częściową utratą funkcji kończyny).

6.4 Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku porażenia palców u ręki (innych niż kciuk i palec wskazujący) oraz palców u nogi (innych niż paluch) będzie równa 50% świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu utraty tej części kończyny. W przypadku porażenia kciuka, palca wskazującego i palucha, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone zgodnie z tabelą, o której mowa w art. 6.1.

6.5 Oprócz świadczeń ubezpieczeniowych wypłacanych z tytułu Niepełnosprawności, jeśli skutkuje ona koniecznością poruszania się przez Ubezpieczonego na wózku inwalidzkim, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu koszt nabycia wózka inwalidzkiego, do wysokości 6.000 zł.

6.6 Jeśli Niepełnosprawność będzie powodować całkowite i trwałe wykluczenie Ubezpieczonego z możliwości świadczenia pracy lub usług w ramach poprzednio wykonywanego zawodu, Ubezpieczyciel pokryje wszelkie niezbędne koszty przekwalifikowania się Ubezpieczonego do wykonywania innego zawodu, do wysokości 6.000 zł.

Art. 7 Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy w wyniku Wypadku

7.1 Jeśli Ubezpieczony dozna Urazu w wyniku Wypadku, który – jako jedyny i niezależny od innych czynników – doprowadzi do Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, wówczas Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe Ubezpieczonemu odpowiadające sumie dziennych świadczeń, wyliczonemu jako 1/00 (jeden promil) Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w art. 13.1.

7.2 Świadczenia ubezpieczeniowe w przypadku Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy będą wypłacane jedynie wtedy, jeśli Ubezpieczony prowadził działalność gospodarzą lub świadczył pracę na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w chwili zajścia Wypadku.

7.3 Ubezpieczyciel wypłacać będzie świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy w wyniku Wypadku począwszy od pierwszego dnia po upływie Okresu Karencji, nie dłużej jednak niż przez okres 90 dni. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w art. 13.1.

Art. 8 Świadczenie ubezpieczeniowego w przypadku Złamań i oparzeń w wyniku Wypadku

8.1 Jeśli Ubezpieczony dozna w wyniku Wypadku Urazu w formie Złamań lub oparzeń, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe określone w poniższej tabeli świadczeń do wysokości Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w art. 13.1.

TABELA ŚWIADCZEŃ W PRZYPADKU ZŁAMAŃ I OPARZEŃ

Rodzaj Złamania	**Świadczenia ubezpieczeniowe wyrażone jako odsetek Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w art. 13.1**
1) biodro, kość, miednica (z wyłączeniem kości ogonowej), uda, pięty	30%
2) dolne kończyny; obojczyk, kostka, łokieć, kości ramienia lub przedramienia, nadgarstek, kręgosłup (kręgi z wyłączeniem kości ogonowej)	20%
3) ramię, rzepka, mostek, ręce (z wyłączeniem palców u rąk i nadgarstka), stopy (z wyłączeniem palców u nóg i pięty)	10%
4) żebro lub żebra, kości twarzoczaszki, kość ogonowa, żuchwa, nos, palec u ręki lub palce u nogi	8%
Rodzaje oparzeń drugiego i trzeciego stopnia	Świadczenia ubezpieczeniowe wyrażone jako odsetek Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w art. 13.1
1) powyżej 27 % powierzchni ciała	100%
2) 18 % powierzchni ciała (włącznie) do 27 % powierzchni ciała	60%
3) 9 % (włącznie) powierzchni ciała do 18 % powierzchni ciała	30%
4) od 4,5 % powierzchni ciała do 9 % powierzchni ciała	16%

Świadczenie ubezpieczeniowe odpowiada rodzajowi Złamania i stopniowi oparzenia, określonemu zgodnie z powyższymi zasadami, pomnożonemu przez Sumę Ubezpieczenia (np. 1% Złamanie / oparzenie = 1% Sumy Ubezpieczenia).

8.2 W przypadku, gdy w wyniku jednego Wypadku Ubezpieczony dozna jednocześnie kilku Złamań, wówczas świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wyliczone jako suma procentów Sumy Ubezpieczenia za każde Złamanie, zgodnie z art. 8.1. W każdym przypadku kwota świadczenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w art. 13.1.

8.3 W przypadku, gdy Ubezpieczony otrzymał świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Złamania, a jednocześnie ten sam Uraz spowodował Niepełnosprawność, świadczenie z tytułu Niepełnosprawności zostanie pomniejszone o świadczenia ubezpieczeniowe wypłacone z tytułu Złamania, a Ubezpieczyciel wypłaci wynikającą z takiego wyliczenia różnicę. Suma wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych wypłacanych przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć Sumy Ubezpieczenia.

Art. 9 Inne świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela

9.1 Hospitalizacja w wyniku Wypadku

W przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przyjęty do Szpitala w wyniku Urazu spowodowanego Wypadkiem, Ubezpieczyciel będzie wypłacał dzienne świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w art. 13.1 za każdy dzień hospitalizacji, przez okres nieprzekraczający 200 dni, począwszy od czwartego kolejnego dnia hospitalizacji, w ramach Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w art. 13.1.

9.2 Rekonwalescencja w domu

Jeżeli zgodnie z zaleceniami Lekarza Ubezpieczonemu zalecono dokończenie rekonwalescencji po Wypadku w domu, Ubezpieczyciel będzie wypłacał dzienne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu rekonwalescencji w domu Ubezpieczonego, w wysokości, o której mowa w art. 13.1 od dnia rozpoczęcia rekonwalescencji w domu przez okres trwania tej rekonwalescencji jednak nie dłużej niż przez okres, za który otrzymywał świadczenie z tytułu hospitalizacji.
Świadczenie z tytułu rekonwalescencji w domu będzie wypłacane jedynie w przypadku spełnienia następujących kryteriów:

a) rekonwalescencja w domu została zalecona i ma miejsce bezpośrednio po okresie Hospitalizacji, o którym mowa w art. 9.1, oraz
b) Ubezpieczyciel wypłacił świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji, o którym mowa w art. 9.1.

9.3 Utrata przytomności w wyniku Wypadku

Jeżeli Uraz doznany przez Ubezpieczonego w wyniku Wypadku doprowadził do utraty przytomności, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie za każdy dzień, w którym Ubezpieczony pozostawał nieprzytomny, przy czym okres ten nie może przekroczyć 200 dni. Powyższe świadczenie zostanie wypłacone niezależnie od świadczenia należnego na podstawie art. 9.1.

9.4 Koszty Leczenia Powypadkowego

Jeżeli Ubezpieczony dozna Urazu, który wymagał będzie Natychmiastowego Leczenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Standardowych i uzasadnionych Kosztów Leczenia Powypadkowego, ponoszonych przez Ubezpieczonego, w ramach Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w art. 13.1.

Art. 10 Zakres terytorialny ubezpieczenia

Ochroną ubezpieczeniową objęte są Wypadki, które zaszły na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz w granicach geograficznych Europy, włącznie z europejską częścią Rosji i Turcji.

Art. 11 Wyłączenia ogólne

11.1. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeśli Wypadek był bezpośrednim skutkiem jednego lub kilku następujących czynników:

a) w chwili zajścia Wypadku Użytkownik Pojazdu nie posiadał ważnego prawa jazdy lub innego dokumentu wymaganego do kierowania Pojazdem, lub jeśli nie przestrzegał ograniczeń wymienionych w tych dokumentach, jeśli miało to wpływ na zaistnienie Wypadku,
b) promieniowania jonizującego lub zanieczyszczenia promieniotwórczego paliwem jądrowym lub odpadami jądrowymi lub też odpadami ze spalania paliwa jądrowego,
c) właściwości radioaktywnych, toksycznych, wybuchowych i innych niebezpiecznych właściwości jądrowych urządzeń wybuchowych lub ich jądrowych komponentów,
d) rozpylenia, zastosowania lub rozprzestrzeniania chorobotwórczych lub trujących substancji biologicznych i chemicznych,
e) Wojny (niezależnie od tego, czy została oficjalnie wypowiedziana, czy też nie),
f) Terroryzmu,
g) umyślnego samookaleczenie, samobójstwa lub próby samobójczej, przestępstwa lub próby popełnienia przestępstwa,
h) Wypadku, jeśli tego dowiedziono, który miał miejsce pod wpływem alkoholu (jeśli poziom alkoholu w krwi przekroczył poziom dopuszczalny obowiązującym prawem), narkotyków, leków lub środków medycznych, jeśli wywierają one wpływ na zdolność do prowadzenia Pojazdu, nawet jeśli zostały zaordynowane lub przepisane przez Lekarza i zostały zażyte w odpowiedniej dawce (w odniesieniu do kierowców Pojazdów), jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy prowadzeniem Pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków, leków lub środków medycznych a Wypadkiem,
i) Wszelkich Urazów istniejących przed rozpoczęciem Okresu Ubezpieczenia.

11.2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy jeden lub kilka z poniższych czynników przyczynił się do powstania Urazu lub śmierci:

a) Choroba (niestanowiąca skutku Urazu), lub
b) przyczyny naturalne lub zmiany zwyrodnieniowe, lub

c) stopniowo pogarszający się stan zdrowia, lub
d) niezapięcie pasów bezpieczeństwa, chyba że osoba bez zapiętych pasów zwolniona była z tego z obowiązku zgodnie z przepisami prawa lub zaleceniami Lekarza;
e) jeżeli liczba pasażerów w momencie Wypadku przekraczała maksymalną liczbę pasażerów dopuszczalną zgodnie z obowiązującymi przepisami lub informacją zawartą w dowodzie rejestracyjnym Pojazdu,
f) jeżeli przewóz pasażerów w momencie Wypadku nie odbywał się zgodnie z obowiązującymi przepisami lub wskazaniami dowodu rejestracyjnego Pojazdu.

Art. 12 Wyłączenia odpowiedzialności z tytułu hospitalizacji

Niezależnie od wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela o których mowa w art. 11, Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu Hospitalizacji w następujących sytuacjach lub w związku z nimi:

a) leczenie zaburzeń emocjonalnych lub chorób psychicznych, niezależnie od rodzaju;
b) pobyt we wszelkiego rodzaju placówkach zdrowia psychicznego oraz pobyt w instytucjach opieki długoterminowej, takich jak, w szczególności: domy opieki, centra rekonwalescencyjne, centra rehabilitacyjne i detoksykacyjne;
c) leczenie dla celów związanych badaniami naukowymi, leczenie i terapia wyłącznie dla celów kosmetycznych lub związana z otyłością, impotencją, sztucznym zapłodnieniem;
d) ciąża i poród;
e) Hospitalizacja, która rozpoczyna się po ponad 180 dniach od daty Wypadku.

Art. 13 Suma Ubezpieczenia i ograniczenia świadczeń ubezpieczeniowych

13.1 Suma świadczeń ubezpieczeniowych należnych z tytułu Umowy ubezpieczenia w wyniku Wypadku, który miał miejsce w Okresie Ubezpieczenia, nie może przekroczyć Sumy Ubezpieczenia równej 25.000 PLN na jednego Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem poniższych limitów świadczeń:

Gwarancja	Limit świadczeń
Niepełnosprawność	10.000 PLN (maksymalna Suma Ubezpieczenia dla 100% wskaźnika niepełnosprawności zgodnie z tabelą świadczeń art. 6.1.)
Czasowa Całkowita Niezdolność do Pracy	Świadczenia dzienne wyliczone jako 1/^{00} (jeden promil) kwoty 10.000 PLN
Hospitalizacja	Dzienne świadczenie w wysokości 100 PLN za dzień pobytu w Szpitalu od 24 godzin do maksimum 200 dni
Rekonwalescencja w domu	Dzienne świadczenie w wysokości 100 PLN za okres do 200 dni
Utrata przytomności	Dzienne świadczenie w wysokości 100 PLN za okres do 200 dni
Złamania i oparzenia (% z tabeli)	Do 10 000 PLN Zgodnie z tabelą świadczeń (art. 8.1)
Koszty Leczenia Powypadkowego (koszty usług świadczonych przez Lekarzy, koszt sali jednoosobowej, koszty znieczulenia)	Faktycznie poniesione koszty do 10.000 PLN
Koszty rehabilitacji	6.000 PLN
Koszty zakupu wózka inwalidzkiego	6.000 PLN
Śmierć w wyniku Wypadku	10.000 PLN Kwota ulega powiększeniu o dodatkową kwotę 10.000 PLN jeśli Ubezpieczony pozostawił Dziecko na Utrzymaniu
Koszty pogrzebu	5.000 PLN

13.2 Wartość procentowa uszczerbku na zdrowiu określona zostaje zgodnie z tabelami świadczeń (1% uszczerbku na zdrowiu = 1% Sumy Ubezpieczenia).

13.3 W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem Okresu Ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany Okres Ubezpieczenia.

Art. 14 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

W przypadku wystąpienia Wypadku, Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązani są, w zakresie w jakim jest to możliwe, do zapobiegania dalszym szkodom oraz:

a) do niezwłocznego poinformowania policji i służb ratunkowych o zdarzeniu ubezpieczeniowym i potencjalnych ofiarach,
b) do niezwłocznego poinformowania Ubezpieczyciela o zdarzeniu ubezpieczeniowym,
c) do dostarczenia Ubezpieczycielowi dokumentów, niezbędnych w celu ustalenia zasadności roszczenia i kwoty świadczenia, wskazanych przez Ubezpieczyciela oraz dostarczenia wszelkich informacji wymaganych przez Ubezpieczyciela, wypełniania zgodnie z prawdą dostarczonych formularzy dotyczących szkody i ich zwrotu w wyznaczonym terminie,
d) do umożliwienia Ubezpieczycielowi uzyskania informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego.

Art. 15 Zgłaszanie szkód

15.1 Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uposażony powiadomią Ubezpieczyciela o Wypadku, tak szybko, jak będzie to możliwe, nie później, jednakże niż w terminie 30 dni od daty Wypadku, z zastrzeżeniem natychmiastowego przekazania informacji w przypadku wypadku śmiertelnego.

15.2 Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uposażony zgłaszający szkodę są zobowiązani zadzwonić pod poniższy numer telefonu: 48 22 749 97 23 oraz przedstawić opis wydarzeń i okoliczności Wypadku.

15.3 W przypadku naruszenia obowiązku, o którym mowa w art. 15.1, w wyniku winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, Ubezpieczyciel może odpowiednio obniżyć świadczenie, jeśli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków Wypadku.

15.4 Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uposażony przekażą Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

15.4.1 W przypadku śmierci Ubezpieczonego:

a) wniosek o rozpatrzenie roszczenia, który powinien zawierać adres organu prowadzącego śledztwo (policja lub prokurator) oraz, jeśli będzie to możliwe, powinien zostać uzupełniony o nr referencyjny sprawy i opis okoliczności Wypadku;
b) Polisa Ubezpieczeniowa, jeśli będzie to możliwe;
c) odpis aktu zgonu;
d) kopia aktu zgonu na urzędowym wzorze stosowanym w państwie, w którym Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce, lub z wykorzystaniem wzoru dostarczonego przez Ubezpieczyciela i wypełnionego przez Lekarza potwierdzającego zgon, łącznie z podaniem przyczyny śmierci;
e) oryginały, kopie notarialnie poświadczone lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczyciela, wszelkich faktur i rachunków lub wyciągi z rachunku umożliwiające Ubezpieczycielowi ustalenie całkowitej kwoty kosztów pogrzebu;
f) raport policyjny lub inny raport urzędowy, jeśli jest dostępny.

15.4.2 W przypadku Niepełnosprawności:

a) wniosek o rozpatrzenie roszczenia, który powinien zawierać adres organu prowadzącego śledztwo (policja lub prokurator) oraz, jeśli będzie to możliwe, powinien zostać uzupełniony o nr referencyjny sprawy i opis okoliczności Wypadku;
b) Polisa Ubezpieczeniowa, jeśli będzie to możliwe;
c) Dokumentacja medyczna potwierdzająca charakter i zakres wszystkich urazów oraz diagnozę;
d) Dokumentacja medyczna o zakończonym leczeniu medycznym, w stosownych przypadkach;
e) W przypadku zwrotu kosztów zakupu wózka inwalidzkiego - oryginały faktur potwierdzających koszt zakupionego wózka;
f) W przypadku zwrotu kosztów przekwalifikowania się do wykonywana innego zawodu - oryginały, kopie notarialnie poświadczone lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczyciela, wszelkich faktur dotyczących kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z przekwalifikowaniem się do wykonywania innego zawodu;
g) Raport policyjny lub inny raport urzędowy, jeśli jest dostępny.

15.4.3 W przypadku Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy:

a) wniosek o rozparzenie roszczenia, który powinien zawierać adres organu prowadzącego śledztwo (policja lub prokurator) oraz, jeśli będzie to możliwe, powinien zostać uzupełniony o nr referencyjny sprawy i opis okoliczności Wypadku,
b) Polisa Ubezpieczeniowa, jeśli będzie to możliwe,
c) Zaświadczenie Lekarskie,
d) Dokument potwierdzający, że Ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą lub potwierdzający jego zatrudnienie (np. umowa cywilnoprawna, umowa o pracę),
e) Raport policyjny lub inny raport urzędowy, jeśli jest dostępny.

15.4.4 W przypadku Złamań i oparzeń:

a) wniosek o rozparzenie roszczenia, który powinien zawierać adres organu prowadzącego śledztwo (policja lub prokurator) oraz, jeśli będzie to możliwe, powinien zostać uzupełniony o nr referencyjny sprawy i opis okoliczności Wypadku,
b) Polisa Ubezpieczeniowa, jeśli będzie to możliwe,
c) Dokumentacja medyczna potwierdzająca charakter i zakres wszystkich urazów oraz diagnozę,
d) Dokumentacja medyczna o zakończonym leczeniu medycznym, o ile ma zastosowanie,
e) Raport policyjny lub inny raport urzędowy, jeśli jest dostępny.

15.4.5 W przypadku innych świadczeń ubezpieczeniowych, o których mowa w art. 8, w zależności od danego świadczenia:
a) Dokumentacja medyczna potwierdzająca hospitalizację, łącznie z terminem hospitalizacji i leczenia w Szpitalu,
b) W przypadku zwrotu kosztów medycznych - oryginały, duplikaty, kopie notarialnie poświadczone lub odpisu poświadczone za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczyciela wszelkich faktur i rachunków lub wyciągi z rachunku umożliwiające Ubezpieczycielowi ustalenie wysokości kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego.

15.5 Ubezpieczyciel może zażądać przedłożenia innych, niż wskazane w pkt. 15.4., dokumentów, jeśli okażą się niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonego.

Art. 16 Badania lekarskie

Ubezpieczyciel może zażądać aby Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w związku z wnioskiem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, jeśli będzie to niezbędne do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Koszt takich badań lekarskich ponosi Ubezpieczyciel.

Art. 17 Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

17.1 Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni od daty otrzymania zgłoszenia szkody.

17.2 Jeśli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub kwoty świadczenia ubezpieczeniowego okaże się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie ubezpieczeniowe powinno zostać wypłacone w terminie 14 dni od dnia w którym – przy zachowaniu należytej staranności - wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie określonym w art. 17.1 OWU.

17.3 Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacane w Polsce w złotych (PLN).

17.4 Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Wypadku, w terminie 7 dni od daty otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie on występuje z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

17.5 Jeśli w terminie, o którym mowa w art. 17.1 OWU Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszająca roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.

17.6 Jeśli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 18 Reklamacje

18.1 Będący konsumentem Ubezpieczający, Uposażony lub Uprawniony z Umowy do otrzymania świadczenia oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia (zwany dalej „Klientem") może zgłosić do Ubezpieczyciela zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (zwane dalej „Reklamacją"). Reklamację może złożyć również Klient będący osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej.

18.2 Reklamacja może zostać złożona w następujący sposób:
a) na piśmie, w postaci papierowej: osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe lub nadana w placówce podmiotu

zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej na adres korespondencyjny Ubezpieczyciela SOGESSUR S.A. Oddział w Polsce: 52-327 FUP Wrocław 39, skr. pocztowa 1930,

b) na piśmie, w postaci elektronicznej - na adres e-mail Ubezpieczyciela: motor.insurance@societegenerale-insurance.pl, wskazany na www.societagenerale-insurance.pl/reklamacje albo na adres do doręczeń elektronicznych: SOGESSUR S.A. Oddział w Polsce AE:PL-61457-49722-IIICG-14,

c) ustnie: osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Ubezpieczyciela.

18.3 Ubezpieczyciel rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie w terminie 30, Ubezpieczyciel przekaże osobie zgłaszającej Reklamację przyczyny opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy, a także wskaże przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.

18.4 Odpowiedź na Reklamację Klienta będącego konsumentem jest udzielana na następujących zasadach:

a) gdy Reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci elektronicznej, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;

b) gdy Reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci papierowej, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci papierowej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;

c) gdy Reklamacja została złożona przez Klienta ustnie, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem Klienta.

18.5 Odpowiedź na Reklamację złożoną przez osobę prawną lub spółkę nieposiadającą osobowości prawnej jest udzielana w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.

18.6 Ubezpieczyciel akceptuje i bierze udział w pozasądowym postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów przed Rzecznikiem Finansowym (adres strony internetowej www.rf.gov.pl) zgodnie z przepisami polskiego prawa.

18.7 Klient, będący konsumentem, może zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

18.8 Klient może składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych i agentów ubezpieczeniowych, w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

Art. 19 Odstąpienie

Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 20 Powiadomienia i Adresy

20.1 Ubezpieczyciel oraz Ubezpieczający zobowiązani są do informowania siebie wzajemnie o zmianach ich adresów.

20.2 Datą złożenia oświadczenia będzie data, w której oświadczenie zostanie dostarczone do adresata w sposób umożliwiający mu zapoznanie się z jego treścią.

Art. 21 Jurysdykcja

21.1 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 lub Uprawnionego do świadczenia lub miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego Świadczenia. Wskazanie w piśmie procesowym Ubezpieczyciela będącego oddziałem zagranicznego zakładu ubezpieczeń jako strony postępowania dotyczącego roszczenia wynikającego z Umowy ubezpieczenia jest jednoznaczne ze wskazaniem jako strony tego postępowania zagranicznego zakładu ubezpieczeń.

Art. 22 Przedawnienie

Roszczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech. Szczegółowe zasady przedawnienia określają przepisy Kodeksu Cywilnego.

Art. 23 Prawo właściwe

23.1 Indywidualna umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU podlega prawu polskiemu.

23.2 W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU zastosowanie mają przepisy prawa polskiego, w tym przepisy Kodeksu cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

23.3 W związku z faktem, że umowy ubezpieczenia zawierane przez Ubezpieczyciela nie mogą służyć do rozliczeń transakcji objętych sankcjami, zakazami i ograniczeniami międzynarodowymi lub wynikającymi z prawa polskiego (dalej: „Sankcje"), w tym Sankcjami przyjętymi przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych oraz Stany Zjednoczone Ameryki, Ubezpieczyciel nie będzie uznany za udzielającego ochrony ubezpieczeniowej oraz nie będzie zobowiązany do dokonania zapłaty z tytułu jakiegokolwiek roszczenia ani do zapewnienia lub udzielenia jakiejkolwiek korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową – w zakresie, w jakim udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, zapłata lub zapewnienie/udzielenie innej korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową mogłyby skutkować naruszeniem jakichkolwiek wyżej wskazanych Sankcji – o ile zastosowanie się do takich Sankcji nie będzie sprzeczne z przepisami prawa mającymi zastosowanie do Ubezpieczyciela.

Art. 24 Informacja na temat OWU

Niniejsze OWU wchodzą w życie z dniem 2 listopada 2026 r. i będą miały zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się nie wcześniej niż z dniem 2 listopada 2026 r.