OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „PLAN WSPARCIA W CHOROBIE"

indeks: PWC/04/2020

BNP PARIBAS CARDIF

Ubezpieczyciel zmieniającego się świata

Drogi Kliencie

Zachęcamy Cię do zapoznania się z niniejszym dokumentem. Dzięki temu dowiesz się w jakim zakresie Cię chronimy, w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie oraz jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu Twojego wniosku.
Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności. Są to przypadki, w których nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.



Aby zgłosić roszczenie:
- wypełnij formularz na stronie: **www.cardif.pl**
- wyślij e-mail na adres: **roszczenia@cardif.pl**
- wyślij na adres Ubezpieczyciela



Nasza strona internetowa z formularzem kontaktu: **www.cardif.pl**



Telefon: +48 22 529 17 96



Aby złożyć reklamację napisz na adres: **reklamacje@cardif.pl**

Poniższa tabela zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej prezentuje informacje zamieszczone w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	art. 2 ust. 2 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 14, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 24, 28, 30, 32, 36; art. 6 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 6, 8, 13, 14, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 28, 30, 31, 32, 36; art. 11 w związku z art. 2, 6, 7, 14, 15, 18, 21, 23, 24, 27, 28, 30, 31, 32, 36, 37.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	art. 15 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 7, 14, 15, 18, 23, 24, 30, 31, 32, 36, 37.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Plan wsparcia w chorobie" o indeksie: PWC/04/2020 (dalej: „OWU" lub „Ogólne Warunki Ubezpieczenia"), mają zastosowanie do indywidualnej Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym i stanowią jej integralną część.

Co oznaczają definicje?



art. 1. Definicje

1. Pojęcia użyte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „Plan wsparcia w chorobie" o indeksie PWC/04/2020 oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, mają następujące znaczenie:

1) **Agent** – przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
2) **Bank** – BNP Paribas Bank Polska S.A.;
3) **Centrum Alarmowe** - Europ Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000034499, NIP: 525-10-32-299, Regon: 011827515, jako podmiot współpracujący z Ubezpieczycielem w zakresie realizacji świadczeń w ramach Pomocy medycznej. Centrum Alarmowe jest dyspozycyjne pod numerem: 22 264 51 16 przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przez cały rok;
4) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego, własne lub przysposobione, poniżej 18 roku życia;
5) **Dzień roboczy** - dni od poniedziałku do piątku, które nie są dniami ustawowo wolnymi od pracy;
6) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający opłacił pierwszą ratę ubezpieczenia;
7) **Dzień zajścia Zdarzenia** – w zależności od zdarzenia lub choroby:
   a) dla **Nowotworu (raka) złośliwego** oraz **Nowotworu (raka) in situ**, **Udaru mózgu**, **Zawału serca** – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w OWU,
   b) dla **Operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – dzień przeprowadzenia zabiegu,
   c) dla **Przeszczepu serca** – dzień wykonania zabiegu albo, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
8) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień wskazany we Wnioskopolisie;
9) **Dysplazja** - zmiana przedrakowa polegająca na nieprawidłowym wyglądzie, funkcji i budowie komórek, do których dochodzi w czasie ich dojrzewania i różnicowania oraz zaburzeniu w architekturze nabłonka wskazujące na możliwość transformacji nowotworowej. Jest stanem przejściowym pomiędzy rozrostem komórek a nowotworem i polega na stopniowej przebudowie zdrowego dotychczas narządu. Dysplazja nie jest nowotworem;
10) **Forma dokumentowa Wnioskopolisy** - oświadczenie woli Ubezpieczającego złożone w postaci dokumentu, w sposób umożliwiający ustalenie tożsamości Ubezpieczającego; dokumentem jest nośnik informacji umożliwiający zapoznanie się z treścią oświadczenia;
11) **Lekarz prowadzący leczenie** - lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu w związku z wystąpieniem Zdarzenia;
12) **Miejsce zamieszkania** – adres, pod którym stale przebywa Ubezpieczony, będący miejscem wykonania usługi przez Centrum Alarmowe;
13) **Miesiąc polisow**y – okres, za który zostanie opłacona rata składki, równy miesiącowi kalendarzowemu. Pierwszy miesiąc polisowy zaczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
14) **Nowotwór (rak) in situ** - rak nieinwazyjny - wczesna postać nowotworu złośliwego, który charakteryzuje się miejscowym, ogniskowym rozrostem komórek o cytologicznych cechach złośliwości jednak ograniczony jest jedynie do nabłonka z którego się wywodzi, nie przekracza jego granicy i nie nacieka błony podstawnej nabłonka. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez lekarza onkologa lub lekarza histopatologa. Ochronie podlegają zmiany nowotworowe wymienione w rozdziale „Nowotwory in situ" zawarte w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w punktach D00 – D09, z wyjątkiem „raka in situ skóry" o oznaczeniu D04;
15) **Nowotwór (rak) złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z Ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są jednak:
   - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
   - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
   - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
   - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
   - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;

- wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
- choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
- przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;

16) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na zasadach określonych w OWU;

17) **Okres ubezpieczenia** - czas trwania Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego określony w art. 6 OWU;

18) **Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mające na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

19) **Osoba bliska** - osoba pozostająca z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym w Miejscu zamieszkania, będąca dla Ubezpieczonego: małżonkiem lub osobą pozostającą z nim w konkubinacie, Dzieckiem, rodzicem, przysposabiającym, teściem, teściową, ojczymem, macochą, dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową;

20) **Osoba niesamodzielna** - osoba bliska, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długoterminowej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;

21) **Pakiet** - Pakiet Onko albo Pakiet Kardio określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej w ramach danej Umowy ubezpieczenia;

22) **Placówka medyczna** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych.;

23) **Pomoc medyczna** – świadczenia wymienione w OWU realizowane przez Centrum Alarmowe w przypadku zajścia następujących Zdarzeń:
    1) **Pakiet Onko** - zachorowanie na Nowotwór złośliwy albo Nowotwór in situ;
    2) **Pakiet Kardio** – Zawał serca albo Operacja pomostowania naczyń wieńcowych albo Przeszczep serca albo Udar mózgu;

24) **Przeszczep serca** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep serca. Przeszczep albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu;

25) **Rok polisowy** - każde 12 kolejnych Miesięcy polisowych, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;

26) **Sprzęt rehabilitacyjny** - drobny sprzęt zalecony przez lekarza prowadzącego leczenie w dokumentacji medycznej i konieczny w procesie leczenia lub rehabilitacji;

27) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia, wskazana we Wnioskopolisie i stanowiąca podstawę ustalenia wysokości Świadczenia;

28) **Świadczenie pieniężne** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w OWU w przypadku zajścia jednego z następujących Zdarzeń:
    a) **Pakiet Onko** - zachorowania na Nowotwór złośliwy albo Nowotwór in situ;,
    b) **Pakiet Kardio** – Zawał serca albo Operacja pomostowania naczyń wieńcowych albo Przeszczep serca albo Udar mózgu,

    w ramach poszczególnych Umów ubezpieczenia;

29) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna będąca konsumentem, która zawarła Umowę ubezpieczenia, i która jest zobowiązana do opłacenia składki;

30) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający, objęty Ochroną ubezpieczeniową, wskazany we Wnioskopolisie;

31) **Ubezpieczyciel** – Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce;

32) **Udar mózgu** – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego (OUN); udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;

33) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zwarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie OWU w ramach Pakietu Onko albo Pakietu Kardio;

34) **Uprawniony** – Ubezpieczony;

35) **Wnioskopolisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, złożony:
    a) w formie pisemnej pod rygorem nieważności, na formularzu Ubezpieczyciela albo
    b) w Formie dokumentowej

36) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są przypadki dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);

37) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w art. 2 ust. 2 OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, jeżeli jego zajście powoduje powstanie prawa do Świadczenia pieniężnego lub Pomocy medycznej;

38) **Zwierzę domowe** - stanowiący własność Ubezpieczonego kot lub pies - z wyłączeniem ras uznawanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w Dniu zajścia Zdarzenia przepisami prawa.

art. 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
   1) **Pakiet Onko -** zachorowania na Nowotwór złośliwy albo Nowotwór in situ;
   2) **Pakiet Kardio –** Zawał serca albo Operacja pomostowania naczyń wieńcowych albo Przeszczep serca albo Udar mózgu;

   zgodnie z zasadami określonymi w OWU.
3. Ubezpieczyciel przyzna Pomoc medyczną w przypadku zajścia Zdarzenia i podjęcia pozytywnej decyzji o wypłacie Świadczenia pieniężnego, zgodnie z zasadami określonymi w OWU.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Pakietu Onko albo Pakietu Kardio, z wyłączeniem Pomocy medycznej, świadczona jest na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.
5. W ramach Umowy ubezpieczenia, w całym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu przysługuje prawo maksymalnie do jednego Świadczenia pieniężnego oraz do Pomocy Medycznej.

art. 3. Zakres ubezpieczenia Pomoc medyczna

1. Zakres Pomocy medycznej obejmuje:
   1) Pakiet medyczny,
   2) Pakiet Assistance,
   3) Pomoc dla najbliższej rodziny Ubezpieczonego,
   4) usługi infolinii medycznej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Pomocy medycznej świadczona jest na wyłącznie na terytorium Polski.
3. Świadczenia Pomocy medycznej wymienione w ust. 1 -3 polegające na organizacji lub na organizacji i pokryciu kosztów, przysługują Ubezpieczonemu w przypadku zajścia Zdarzenia), maksymalnie do wykorzystania limitów wskazanych w Tabeli świadczeń Pomocy medycznej stanowiącej Załącznik nr 2 do OWU. Świadczenia te przysługują Ubezpieczonemu również po zakończeniu Ochrony ubezpieczeniowej w związku w wystąpieniem Zdarzenia, maksymalnie przez 12 miesięcy od decyzji Ubezpieczyciela w sprawie przyznania Ubezpieczonemu Świadczenia pieniężnego.

art. 4. Opis świadczeń Pomocy medycznej

1. Pakiet medyczny:
   1) Konsultacje lekarskie - Centrum Alarmowe, w oparciu o pisemne zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie, organizuje i pokrywa koszty wizyt Ubezpieczonego u lekarzy specjalistów. Listę dostępnych specjalizacji przedstawia Tabela świadczeń Pomocy medycznej stanowiąca załącznik nr 2 do OWU;
   2) Badania laboratoryjne - Centrum Alarmowe, w oparciu o pisemne zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie, organizuje i pokrywa koszty badań diagnostycznych wykonanych na rzecz Ubezpieczonego. Listę badań przedstawia Tabela świadczeń Pomocy medycznej stanowiąca załącznik nr 2 do OWU;
   3) Badania specjalistyczne - Centrum Alarmowe, w oparciu o pisemne zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie, organizuje i pokrywa koszty badań specjalistycznych na rzecz Ubezpieczonego. Listę badań przedstawia Tabela świadczeń Pomocy medycznej stanowiąca załącznik nr 2 do OWU;
   4) Rehabilitacja - jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczony wymaga rehabilitacji, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyty specjalisty fizykoterapeuty w Miejscu zamieszkania lub zorganizuje i opłaci transport oraz wizyty w stacjonarnej placówce świadczącej usługi rehabilitacyjne. Listę świadczeń rehabilitacyjnych przedstawia Tabela świadczeń Pomocy medycznej stanowiąca załącznik nr 2 do OWU.
2. Pakiet assistance:
   1) Wypożyczenie lub zakup (zgodnie z wyborem Ubezpieczonego i do wysokości ustalonego limitu) Sprzętu rehabilitacyjnego - Jeżeli, zgodnie ze wskazaniami Lekarza prowadzącego leczenie, Ubezpieczony powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszt zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
   2) Transport sprzętu rehabilitacyjnego - jeżeli, zgodnie ze wskazaniami Lekarza prowadzącego leczenie, Ubezpieczony powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszt transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
   3) Wizyta pielęgniarska - jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczony potrzebuje opieki pielęgniarskiej, zgodnie ze wskazaniami lekarza lub zaleceniami określonymi w zwolnieniu lekarskim, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarskiej w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w celu wykonania zabiegów leczniczych i diagnostycznych, zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie. Świadczenie wizyty pielęgniarskiej nie obejmuje pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności pielęgniarskich;
   4) Dostarczenie posiłków - jeżeli w związku ze Zdarzeniem stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga leżenia, zgodnie ze wskazaniami lekarza lub zaleceniami określonymi w zwolnieniu lekarskim, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszt dostarczenia posiłków do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty zakupionych posiłków pokrywa Ubezpieczony;
   5) Dostarczenie leków - jeżeli w związku ze Zdarzeniem stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga leżenia, zgodnie ze wskazaniami lekarza lub zaleceniami określonymi w zwolnieniu lekarskim, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty zakupionych leków pokrywa Ubezpieczony;
   6) Zwrot kosztów peruk i protez - jeżeli w następstwie Zdarzenia (zachorowanie na Nowotwór złośliwy lub Nowotwór in situ) powstanie konieczność używania przez Ubezpieczonego peruki lub protezy, Centrum Alarmowe zorganizuje i dofinansuje ich zakup.
   7) Transport medyczny:
      a. Jeżeli w następstwie Zdarzenia zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego z Miejsca zamieszkania do odpowiedniej Placówki medycznej;

b. Jeżeli Placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony na skutek Zdarzenia, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany jest on na badania lub zabiegi chirurgiczne do innej Placówki medycznej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego pomiędzy Placówkami medycznymi (wraz z transportem powrotnym);
c. Jeżeli na skutek Zdarzenia Ubezpieczony był Hospitalizowany i wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe, zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu;
d. Każdy transport medyczny odbywać się będzie środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O jego wyborze decyduje Lekarz Centrum Alarmowego na podstawie pisemnych wskazań Lekarza prowadzącego;
e. W celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest do zapewnienia Lekarzowi Centrum Alarmowego dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę jego stanu zdrowia;
f. Centrum Alarmowe nie zorganizuje transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia Ubezpieczonego konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego;

8) Pomoc psychologa - jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczony będzie potrzebował pomocy psychologicznej, Centrum Alarmowe, zorganizuje i pokryje koszty wizyty u psychologa.

3. Pomoc dla najbliższej rodziny Ubezpieczonego.
   1) Pomoc domowa - jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczony wymaga leżenia, zgodnie ze wskazaniami lekarza lub zaleceniami określonymi w zwolnieniu lekarskim, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty takiej pomocy w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego. Zakres świadczenia pomocy domowej obejmuje: utrzymanie czystości w domu, przyrządzanie codziennych posiłków, robienie zakupów niezbędnych do realizacji ww. czynności, podlewanie kwiatów, wyrzucanie śmieci. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych ponosi Ubezpieczony;
   2) Opieka nad Dziećmi lub Osobami niesamodzielnymi - jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczony jest hospitalizowany lub musi przebywać w pozycji leżącej zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dziećmi lub Osobami niesamodzielnymi pozostającymi pod jego opieką w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego. Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego;
   3) Opieka nad Zwierzętami domowymi - jeżeli w następstwie Zdarzenia Ubezpieczony jest hospitalizowany, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty opieki nad Zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego. Koszt karmy dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny używanych podczas sprawowania opieki ponosi Ubezpieczony Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego;
   4) Pomoc psychologiczna dla rodziny - jeżeli w następstwie Zdarzenia Osoba bliska Ubezpieczonego będzie potrzebowała pomocy psychologicznej, Centrum Alarmowe, zorganizuje i pokryje koszty wizyty u psychologa.

4. Infolinia medyczna - Centrum Alarmowe udostępnia możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii medycznej, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej ogólnej informacji w zakresie:
   1) czynników wpływających na rozwój Poważnych zachorowań,
   2) profilaktyki i stylu życia pozwalającego zmniejszyć ryzyko wystąpienia Poważnych zachorowań,
   3) rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych dotyczących nowotworów,
   4) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyką nowotworów,
   5) placówek opieki społecznej i hospicjów,
   6) bazy danych aptek na terenie Polski, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów, z rozszerzeniem o wskazanie apteki posiadającej dany lek,
   7) bazy danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
   8) bazy danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających Twoim potrzebom i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
   9) bazy danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
   10) bazy danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie Polski,
   11) bazy danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
   12) działań, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
   13) badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
   14) danego schorzenia, stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
   15) danego leku (informacji farmaceutycznej, tj. stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
   16) zasad zdrowego żywienia i dietach:
       - bezglutenowej,
       - bogatoresztkowej,
       - cukrzycowej,
       - ubogobiałkowej,
       - bogatobiałkowej,
       - niskocholesterolowej,
       - niskokalorycznej,
       - redukcyjnej,
       - wątrobowej,
       - wrzodowej,

17) uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
18) stanów wymagających natychmiastowej pomocy i zasad udzielania pierwszej pomocy.

art. 5. Warunki zawarcia Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z osobą mającą stałe miejsce zamieszkania w Polsce, która w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
2. Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia wyłącznie na własny rachunek.
3. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem:
   1) podpisania przez Ubezpieczającego i upoważnionego przedstawiciela Agenta poprawnie i kompletnie wypełnionej Wnioskopolisy;
   2) zobowiązania się Ubezpieczającego do opłacania składki w terminie wskazanym we Wnioskopolisie.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i przedłuża się na kolejny Rok polisowy o ile żadna ze stron Umowy ubezpieczenia nie złoży na 30 dni przed upływem bieżącego Roku polisowego, oświadczenia o jej nieprzedłużaniu na kolejny Rok polisowy. Jeżeli, wskutek złożenia oświadczenia przez którąkolwiek ze stron, Umowa ubezpieczenia nie ulegnie przedłużeniu na kolejny Rok polisowy, wówczas Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem bieżącego Roku polisowego.
5. Ubezpieczający może zawrzeć tylko jedną Umowę ubezpieczenia w ramach Pakietu Onko lub jedną Umowę ubezpieczenia w ramach Pakietu Kardio, tym samym Ubezpieczony może zostać objęty Ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy ubezpieczenia albo dwóch Umów ubezpieczenia jednocześnie.

art. 6. Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel udziela Ochrony ubezpieczeniowej na okres jednego Roku Polisowego, z możliwością przedłużenia na kolejne Lata Polisowe.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do momentu jej wygaśnięcia określonego w ust 3 poniżej.
3. Umowa ubezpieczenia wygasa:
   1) w dniu wypłaty Świadczenia pieniężnego w wysokości Sumy ubezpieczenia;
   2) w dniu wypłaty Świadczenia pieniężnego, o którym mowa w art. 11 ust. 3;
   3) w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia:
      a) z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym zostało złożone oświadczenie o wypowiedzeniu, jeżeli wypowiedzenie zostało doręczone Ubezpieczycielowi do 19 dnia danego Miesiąca polisowego,
      b) z ostatnim dniem Miesiąca polisowego następującego po Miesiącu polisowym, w którym zostało złożone oświadczenie o wypowiedzeniu, jeżeli wypowiedzenie zostało doręczone Ubezpieczycielowi po 19 dniu danego Miesiąca polisowego;
   4) w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
   5) w dniu, w którym upłynął termin na zapłatę raty składki, wyznaczony przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty;
   6) w ostatnim dniu Roku polisowego, w którym Ubezpieczający skutecznie złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy;
   7) w ostatnim dniu Roku polisowego, w którym Ubezpieczyciel skutecznie złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy;
   8) w ostatnim dniu Roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat;
   9) w dniu zgonu Ubezpieczonego;

   w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

art. 7. Odstąpienie, wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Oświadczenie woli o odstąpieniu uznaje się za skuteczne w dniu, w którym Ubezpieczyciel je otrzymał.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi oświadczenie woli w tym zakresie.
3. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu lub odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta jest równoznaczne z otrzymaniem tego oświadczenia przez Ubezpieczyciela.
4. Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może złożyć:
   1) telefonicznie pod numerem telefonu (22) 529 17 96, od poniedziałku do piątku w godz. 9.00 – 17.00.
   2) drogą mailową pod adresem: obsluga@cardif.pl;
   3) pisemnie lub osobiście pod adresem: Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa
   4) za pośrednictwem Agenta, w każdej placówce BNP Paribas Bank Polska SA, obsługującej klientów;
5. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

art. 8. Obowiązki Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki na zasadach określonych w OWU oraz Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczający ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych, w szczególności zmianie adresu zamieszkania, numeru telefonu, adresu e-mail.
3. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest do udzielenia zgodnych z prawdą pisemnych informacji zawartych we Wnioskopolisie albo złożenie oświadczenia w Formie dokumentowej. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia pieniężnego lub realizacji Świadczenia medycznego. Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a udzielenie

informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia pieniężnego lub Świadczenia medycznego.

4. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Operacyjnego, udzielać informacji niezbędnych do ustalenia zasadności żądania spełnienia Świadczenia medycznego, a także przekazywać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Operacyjne, niezbędne do ustalenia zasadności tego żądania.

art. 9. Prawa i obowiązki Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do realizacji Świadczenia medycznego oraz wypłaty Świadczenia pieniężnego w wysokości i na zasadach opisanych w OWU lub Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji związanych z Umową ubezpieczenia, w szczególności danych osobowych Ubezpieczonego.

art. 10. Składka ubezpieczeniowa

1. Wysokość składki ustala się według taryfy składek obowiązującej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, stosownie do wybranego przez Ubezpieczającego Pakietu oraz wieku Ubezpieczonego w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, zgodnie z Tabelą składek stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
2. Wysokość składki wskazana jest we Wnioskopolisie.
3. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w ratach miesięcznych, na wskazany przez Ubezpieczyciela indywidualny numer rachunku bankowego.
4. Pierwszą ratę składki należy opłacić najpóźniej do końca miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia. Nieopłacenie pierwszej raty składki we wskazanym terminie spowoduje rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.
5. Kolejne raty składki należy opłacać do 20-ego dnia miesiąca kalendarzowego z góry za następny miesiąc kalendarzowy Ochrony ubezpieczeniowej (Miesiąc polisowy). W razie braku wpłaty raty składki w wyznaczonym terminie Ubezpieczyciel wzywa Ubezpieczającego do zapłaty raty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania. Nieopłacenie raty składki w tym dodatkowym terminie spowoduje wygaśnięcie Umowy ubezpieczenia oraz Ochrony ubezpieczeniowej z upływem dodatkowego terminu na opłacenie raty składki.
6. Dniem zapłaty raty składki jest dzień, w którym rata składki w pełnej należnej wysokości zostanie zaksięgowana na rachunku Ubezpieczyciela.

art. 11. Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia pieniężnego

1. Suma ubezpieczenia wskazana jest we Wnioskopolisie.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie pieniężne równe Sumie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Jeżeli Dzień zajścia Zdarzenia przypada w okresie pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Roku polisowym Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie pieniężne w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 2.000 PLN.
4. Łączna Suma ubezpieczenia w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, dla Umów ubezpieczenia zawartych przez jednego Ubezpieczającego na podstawie niniejszych OWU nie może przekroczyć dla osób w wieku:
   1) 18-45 lat – 225.000 PLN,
   2) 46-55 lat - 103.000 PLN,
   3) 56-60 lat - 68.000 PLN.

art. 12. Sposób zgłaszania Zdarzeń ubezpieczeniowych oraz wypłaty Świadczeń pieniężnych

1. Zajście Zdarzenia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone Ubezpieczycielowi poprzez:
   1) wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl lub
   2) wysłanie zawiadomienia na adres: roszczenia@cardif.pl lub
   3) przekazanie wniosku o wypłatę Świadczenia pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem Agenta, np. na formularzu zgłoszenia roszczenia

   oraz dołączenie dokumentów wskazanych w OWU.
2. Wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia pieniężnego powinny być oryginałami lub odpisami poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez pracowników lub pełnomocników Agenta lub przez uprawniony do tego organ. Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie pieniężne w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
4. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia pieniężnego lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 3, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia pieniężnego Ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 3.
5. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia pieniężnego w terminie określonym w ust. 3 lub 4, powinien zawiadomić na piśmie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części osobę zgłaszającą roszczenie oraz powinien wypłacić bezsporną cześć Świadczenia pieniężnego.
6. W przypadku gdy Świadczenie pieniężne nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel przekazuje pisemną informację osobie występującej z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 3 i 4. Ubezpieczyciel wskazuje okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia pieniężnego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie pieniężne przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia pieniężnego.
8. Świadczenie pieniężne wypłacane jest Ubezpieczonemu.

9. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.
10. W przypadku śmierci Ubezpieczonego uprawnionymi do otrzymania Świadczenia pieniężnego są członkowie rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
    1) małżonek Ubezpieczonego,
    2) jeśli brak małżonka Ubezpieczonego – dzieci Ubezpieczonego, które otrzymują Świadczenie w częściach równych,
    3) jeśli brak dzieci i małżonka Ubezpieczonego – rodzice Ubezpieczonego, którzy otrzymują Świadczenie w częściach równych,
    4) jeśli brak rodziców, dzieci i małżonka Ubezpieczonego – rodzeństwo Ubezpieczonego, które otrzymuje Świadczenie w częściach równych,
    5) jeśli brak osób wymienionych powyżej – spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa, którzy otrzymują Świadczenie w częściach równych ich udziałowi w spadku.

art. 13. Realizacja świadczeń Pomocy medycznej

1. W celu skorzystania z usługi Pomocy medycznej, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem: 22 264 51 16 i podać następujące dane:
    1) imię i nazwisko,
    2) dokładny adres Miejsca zamieszkania,
    3) numer PESEL bądź numer Wnioskopolisy,
    4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez Ubezpieczonego osobą,
    5) krótki opis zdarzenia oraz rodzaju potrzebnej pomocy,
    6) wszelkie inne informacje niezbędne w celu udzielenia Ubezpieczonemu świadczenia.
2. Ponadto Ubezpieczony jest zobowiązany:
    1) udzielić pracownikom Centrum Alarmowego wyjaśnień dotyczących Zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń,
    2) udzielić pracownikowi lub lekarzowi Centrum Alarmowego wszelkich pełnomocnictw, niezbędnych dla realizacji świadczenia,
    3) nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia jesteśmy zobowiązani, innym osobom, z zastrzeżeniem pkt 3,
    4) współdziałać z pracownikiem Centrum Alarmowego w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia.
3. W przypadku, gdy Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełnienia świadczenia w uzgodnionym z Ubezpieczonym terminie, lub wyrazi zgodę na wykonanie tego świadczenia przez inną osobę/podmiot, wówczas Ubezpieczonemu przysługuje prawo wystąpienia do Centrum Alarmowego z wnioskiem o refundację poniesionych kosztów, maksymalnie do limitów wskazanych w Tabeli świadczeń Pomocy medycznej stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.
4. Wniosek o refundację poniesionych kosztów należy przesłać na adres Centrum Alarmowego.
5. Dokumentacja, o której mowa w pkt 4 powinna zawierać:
    1) numer Wnioskopolisy,
    2) szczegółowy opis okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
    3) oryginał lub kserokopię dokumentacji medycznej dotyczącej Zdarzenia, zawierającą dokładną diagnozę oraz zalecone leczenie,
    4) rachunki, dowody wpłaty, umożliwiające określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na wykonanie danego świadczenia przez inną osobę/podmiot niż Centrum Alarmowe.

art. 14. Dokumenty wymagane w celu zgłoszenia Ubezpieczyciela

1. W celu zgłoszenia roszczenia należy przekazać Ubezpieczycielowi:
    - dokumentację potwierdzającą przebycie operacji lub wystąpienie jednostki chorobowej wymienionej w art. 2 ust. 2 OWU;
    - dokumentację medyczną dotyczącą leczenia Ubezpieczonego;
    - kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia pieniężnego;
    - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

art. 15. Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy Zdarzenie nastąpiło w związku przyczynowym z:
    1) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
    2) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
    3) działaniem Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, gdy zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 ‰ lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg; działaniem Ubezpieczonego pod wypływem narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
    4) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzeniem wykorzystującym energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Dodatkowo odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie Pomocy medycznej jest wyłączona, jeśli Ubezpieczony nie zastosuje się do zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie lub lekarza Centrum Alarmowego.

art. 16. Opodatkowanie Świadczeń pieniężnych

1. Świadczenia pieniężne z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych Świadczenia pieniężne podlegają opodatkowaniu zgodnie z postanowieniami art. 21 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1387 z późn. zm.).

3. W przypadku osób prawnych Świadczenia pieniężne podlegają opodatkowaniu zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 865 z późn. zm.).

art. 17. Rozpatrywanie reklamacji

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie, w siedzibie Ubezpieczyciela, przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa lub przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem na adres: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych (tekst jedn. Dz. U z 2019 r., poz. 659 z późn. zm.) bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1. Na żądanie osoby składającej reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
4. Osobie fizycznej składającej reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji udostępnianie są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

art. 18. Sąd właściwy i rozstrzyganie sporów

1. W sprawach nieuregulowanych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1145 z późn. zm.) i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 381 z późn. zm.).
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
4. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE konsument może skorzystać z platformy internetowego rozstrzygania sporów (platforma ODR), która jest dostępna pod adresem: http://ec.europa.eu/consumers/odr/

art. 19. System monetarny

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

art. 20. Postanowienia końcowe

1. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (tekst jednolity: Dz. U. 2019 r. poz. 1480) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Plan wsparcia w chorobie" o indeksie PWC/04/2020 zatwierdzone przez Reprezentanta zagranicznego przedsiębiorcy Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 25 maja 2020 roku, wchodzą w życie z dniem 1 czerwca 2020 roku.



Grzegorz Jurczyk
Reprezentant zagranicznego przedsiębiorcy w Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce

Załącznik nr 1 do OWU „Plan wsparcia w chorobie" o indeksie PWC/04/2020

Tabela składek

Niniejsza Tabela składek ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01 czerwca 2020 r. na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Plan wsparcia w chorobie" o indeksie PWC/04/2020.

Terminy użyte w Tabeli składek należy rozumieć zgodnie z zapisami OWU.

Wysokość miesięcznej raty składki zależy od Pakietu i wieku Ubezpieczonego.

Wiek Ubezpieczonego w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia		PAKIET ONKO		PAKIET KARDIO	
		SUMA UBEZPIECZENIA	SKŁADKA (miesięczna rata)	SUMA UBEZPIECZENIA	SKŁADKA (miesięczna rata)
od 18	do 45	75.000 PLN	39 zł	150.000 PLN	39 zł
powyżej 45	do 55	34.000 PLN	49 zł	69.000 PLN	49 zł
powyżej 55	do 60	23.000 PLN	49 zł	45.000 PLN	49 zł

Załącznik nr 2 do OWU

Tabela świadczeń Pomocy medycznej

RODZAJ ŚWIADCZENIA	LIMIT	PAKIET ONKO	PAKIET KARDIO
Pakiet medyczny	**1000 PLN** na wszystkie usługi w ramach Pakietu	✓	✓
Konsultacje lekarskie	2 wizyty	Specjalizacje: Chirurg, okulista, otolaryngolog, ortopeda, ginekolog, urolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, onkolog, endokrynolog, hepatolog, hematolog, nefrolog, dermatolog	Specjalizacje: Kardiolog, Kardiochirurg, Dietetyk, Psycholog, Endokrynolog, Chirurg naczyniowy
Badania diagnostyczne	1x 300 PLN	mocz – badanie ogólne, OB., morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, mocznik, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, wapń całkowity, fosfor nieorganiczny, magnez, CRP ilościowo, HBs przeciwciała, lgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4 AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21, Koagulogram, troponina, cpk, TSH, AspAT, ALAT.	
Badania specjalistyczne	1x 400 PLN	Biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym), RTG, USG, Rezonans magnetyczny, Tomografia komputerowa	Holter ABPM, EKG spoczynkowe, EKG wysiłkowe, Holter EKG, Echo serca, RTG klatki piersiowej, Tomografia komputerowa serca
Rehabilitacja	1x 5 wizyt	Ćwiczenia wytrzymałościowe, cykloergometr, bieżnia, stepper, Ćwiczenia ogólnousprawniające, Trening oporowy, Fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa	
Pakiet Assistance	**3 000 PLN** na wszystkie usługi w ramach Pakietu	✓	✓
Wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego	500 PLN	✓	✓
Dostarczenie posiłków	2 razy	✓	✓
Dostarczenie leków	2 razy	✓	✓
Wizyta pielęgniarki	3 razy	✓	✓
Zwrot kosztów peruk i protez	1000 PLN	✓	
Transport medyczny do placówki medycznej	1500 PLN	✓	✓
Transport medyczny pomiędzy placówkami		✓	✓
Transport medyczny z placówki medycznej		✓	✓
Transport sprzętu rehabilitacyjnego	500 PLN	✓	✓
Pomoc psychologa	5 wizyt	✓	✓
Pomoc dla najbliższej rodziny Ubezpieczonego	**1000 PLN** na wszystkie usługi w ramach Pakietu	✓	✓
Pomoc domowa	500 PLN	✓	✓
Opieka nad dziećmi /osobami niesamodzielnymi	500 PLN	✓	✓
Opieka nad zwierzętami	500 PLN	✓	✓
Psycholog dla rodziny	5 wizyt	✓	✓
Infolinia Medyczna	**bez limitu**	✓	✓