

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego Klientów Banku BPH S.A.

§1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego Posiadaczy Kart Kredytowych, zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart Kredytowych GE-TM-1, zwanej dalej „Umową Ubezpieczenia”, zawartej pomiędzy GE Money Bank S.A., którego następcą prawnym jest Bank BPH S.A., zwanym dalej „Ubezpieczającym”, a Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, zwanym dalej „Ubezpieczycielem”. Na mocy niniejszych OWU Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do Świadczeń Zdrowotnych, Świadczeń Assistance oraz do wypłaty świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Niez szczęśliwego wypadku w celu zabezpieczenia środków na spłatę zobowiązań wynikających z zawartych pomiędzy Bankiem a Ubezpieczonym umów kredytowych, za co Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składki ubezpieczeniowej.

§2 DEFINICJE

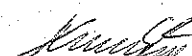
1. Użyтым w OWU oraz wszelkich innych dokumentach składających się na treść Umowy Ubezpieczenia terminom nadano następujące znaczenia:
 - 1) **Centrum operacyjne** - przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający Świadczeń Assistance określonych w § 7;
 - 2) **Choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych lub zmian organicznych w tkankach, narządach lub całym ustroju Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 3) **Ciąża wysokiego ryzyka** - ciąża zakwalifikowana przez lekarza współpracującego ze Świadczeniodawcą jako ciąża wysokiego ryzyka na podstawie obowiązujących standardów medycznych w Polsce;
 - 4) **Dziecko** - dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat (w przypadku uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat), zgłoszone przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia w ramach pakietu Partnerskiego lub Rodzinnego;
 - 5) **Hospitalizacja** - trwający nieprzerwanie, co najmniej 3 dni, całodobowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, celem leczenia choroby lub doznanych obrażeń ciała

- będących następstwem Nieszczęśliwego wypadku, liczony jako różnica pomiędzy datą przyjęcia do szpitala a datą wypisu;
- 6) **Karta Zdrowia** - Karta Zdrowia Klienta Banku BPH wydana przez Ubezpieczyciela, uprawniająca do korzystania ze świadczeń w placówkach Świadczeniodawcy, ważna tylko wraz z dokumentem ze zdjęciem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego;
 - 7) **Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum operacyjnego;
 - 8) **Współmałżonek/Partner** - osoba zgłoszona przez Ubezpieczonego do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach pakietu Partnerskiego lub Rodzinnego, która na dzień zgłoszenia do ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia oraz pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim lub prowadząca z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, niezłączona pokrewieństwem do czwartego stopnia włącznie, ani stosunkiem prawnym takim jak przysposobienie lub powinowactwo;
 - 9) **Minimalna wymagana miesięczna spłata** - podana w zestawieniu transakcji łączna kwota, jaką Kredytobiorca/Posiadacz karty zobowiązany jest spłacić w terminie spłaty na rachunek karty, w skład której wchodzi suma miesięcznych rat spłaty, miesięczna spłata oraz należne opłaty;
 - 10) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 11) **Opieka pielęgniarska** – opieka świadczona przez pielęgniarkę dyplomowaną polegająca na wykonywaniu iniekcji, zmianie opatrunków, przygotowywaniu posiłków, pomocy w czynnościach dnia codziennego;
 - 12) **Pakiet medyczny** – jeden z trzech pakietów, w ramach których dostępne jest ubezpieczenie zdrowotne: Pakiet Indywidualny, Pakiet Partnerski, Pakiet Rodzinny;
 - 13) **Pakiet Indywidualny** – pakiet ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Kredytobiorca/Posiadacz karty;
 - 14) **Pakiet Partnerski** - pakiet ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Kredytobiorca/Posiadacz karty oraz Współmałżonek/Partner albo jedno Dziecko;
 - 15) **Pakiet Rodzinny**- pakiet ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Kredytobiorca/Posiadacz karty, Współmałżonek/Partner oraz maksymalnie dwoje Dzieci;
 - 16) **Placówka medyczna** - szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 17) **Rachunek karty** - rachunek prowadzony przez Bank w złotych, służący do rozliczania dokonanych transakcji oraz wszelkich opłat, prowizji i odsetek należnych Bankowi z tytułu korzystania z limitu kredytu, wydania i używania karty;

- 18) **Suma Ubezpieczenia** – kwota wymieniona w OWU wypłacana w przypadku Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 19) **Szpital** - działający zgodnie z prawem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, ochrona zdrowia, diagnostyka, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zapewniający 24-godziną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów, prowadzący dla każdego pacjenta rejestr medyczny. W rozumieniu niniejszych warunków szpital nie oznacza: domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych, domów opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych nawet, jeśli stanowią organizacyjną część szpitala;
- 20) **Świadczeniodawca** – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany przez organ uprawniony do rejestracji zakładów opieki zdrowotnej, wskazany przez Ubezpieczyciela, zapewniający wykonanie Świadczeń Zdrowotnych określonych w § 6;
- 21) **Świadczenia Zdrowotne** – procedury medyczne i diagnostyczne, o których mowa w § 6 niniejszych OWU, świadczone przez wykwalifikowany personel medyczny Świadczeniodawcy podczas leczenia lub podczas działań profilaktycznych;
- 22) **Świadczenia Assistance** - świadczenia Ubezpieczyciela polegające na organizacji i pokryciu kosztów usług opisanych w § 7 niniejszych OWU;
- 23) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie i zdrowie podlega ochronie ubezpieczeniowej. Ubezpieczonym jest Kredytobiorca lub Posiadacz karty, o którym mowa w § 4 niniejszych OWU;
- 24) **Uprawniony** – Współmałżonek/Partner lub Dzieci Ubezpieczonego Kredytobiorcy/Posiadacza karty w przypadku ich zgłoszenia do ubezpieczenia przez Ubezpieczonego Kredytobiorcę/Posiadacza karty. O ile OWU nie stanowią inaczej, zapisy dotyczące Ubezpieczonego będącego Kredytobiorcą/Posiadaczem karty, stosuje się również do Współmałżonka/Partnera lub Dzieci;
- 25) **Umowa kredytowa** – Umowa o kartę kredytową lub Umowa o kredyt odnawialny, zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Kredytobiorcą/Posiadaczem karty, określająca wysokość przyznanego limitu kredytu oraz inne warunki korzystania z limitu kredytu i używania karty;
- 26) **Uposażony** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka nieposiadająca osobowości prawnej uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Ubezpieczenia polega na:



- 1) wypłacie Sumy Ubezpieczenia Uposażonym, w przypadku Zgonu Ubezpieczonego Kredytobiorcy/Posiadacza karty w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zapewnieniu Ubezpieczonemu dostępu do Świadczeń Zdrowotnych, określonych w Załączniku nr 1 do OWU, na zasadach określonych w § 6 OWU,
 - 3) zapewnieniu Ubezpieczonemu dostępu do Świadczeń Assistance, o których mowa w § 7.
3. W ramach Pakietu Partnerskiego lub Rodzinnego, na wniosek Ubezpieczonego Kredytobiorcy/Posiadacza karty, odpowiedzialność Ubezpieczyciela może zostać rozszerzona na Współmałżonka/Partnera lub Dzieci Ubezpieczonego.
4. Współmałżonek/Partner lub Dzieci Ubezpieczonego mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w zakresach, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3.

§ 4 OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, która spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) zawarła z Ubezpieczającym Umowę kredytową,
 - 2) wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz złożyła wymagane oświadczenia,
 - 3) w dniu obejmowania ochroną ubezpieczeniową ukończyła 31 dzień życia i nie ukończyła 65 roku życia.
2. Zapisu § 4 ust. 1 pkt 1) oraz 2) nie stosuje się do Uprawnionego.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po złożeniu przez Ubezpieczonego Kredytobiorcę/Posiadacza karty telefonicznego wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyka Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, dostępu Ubezpieczonego do Świadczeń Zdrowotnych oraz Świadczeń Assistance, a w przypadku Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego, pierwszego dnia miesiąca następującego po złożeniu przez Ubezpieczonego Kredytobiorcę/Posiadacza karty telefonicznego wniosku o rozszerzenie ubezpieczenia na Współmałżonka/Partnera lub Dzieci.
4. Ubezpieczony Kredytobiorca/Posiadacz karty może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie pod warunkiem złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia o rezygnacji telefonicznie pod numerem: 22 529 17 47, dostępnym w dni robocze w godzinach 9.00-17.00 lub 801 801 111 (koszt połączenia według taryfy operatora) lub pisemnie. Rezygnacja jest skuteczna na ostatni dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel otrzymał rezygnację z ubezpieczenia.
5. W przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od dnia złożenia przez Ubezpieczonego Kredytobiorcę/Posiadacza karty wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową, oraz pod warunkiem nieskorzystania przez Ubezpieczonego ze



- Świadczeń Zdrowotnych lub Assistance, Ubezpieczony traktowany jest tak, jakby nigdy nie został objęty ochroną.
6. Rezygnacja Ubezpieczonego Kredytobiorcy/Posiadacza karty z ochrony ubezpieczeniowej powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej Współmałżonka/Partnera lub Dzieci.
 7. Rezygnacja przez Ubezpieczonego Kredytobiorcę/Posiadacza karty z ochrony ubezpieczeniowej Współmałżonka/ Partnera lub Dzieci nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej względem Ubezpieczonego Kredytobiorcy/Posiadacza karty.
 8. Skuteczne odstąpienie przez Ubezpieczonego Kredytobiorcę/Posiadacza karty od Umowy kredytowej jest jednoznaczne z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej.
 9. Ubezpieczony Kredytobiorca/Posiadacz karty może w każdej chwili dokonać zmiany Pakietu medycznego przesyłając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o zmianie Pakietu medycznego ze skutkiem na pierwszy dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel dowiedział się o zmianie Pakietu medycznego.

§ 5 ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego Kredytobiorcy/Posiadacza karty w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Sumę Ubezpieczenia w wysokości **2 000 złotych**.
2. Suma Ubezpieczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w pierwszej kolejności pokrywa zadłużenie na jego rachunku karty wynikające z Umowy kredytowej. W przypadku, gdy Suma Ubezpieczenia przewyższa wysokość zadłużenia na rachunku karty, różnica pomiędzy Sumą Ubezpieczenia a zadłużeniem wypłacana jest osobom najbliższym Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) Współmałżonek,
 - 2) dzieci,
 - 3) rodzice,
 - 4) rodzeństwo,
 - 5) dzieci rodzeństwa,
 - 6) inni spadkobiercy Ubezpieczonego - jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
3. Otrzymanie świadczenia przez osoby wymienione w ust. 2 w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie świadczenia przez osoby wymienione w dalszej kolejności. Osoby zaliczane do tej samej grupy otrzymują świadczenie w równych częściach.
4. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do Zgonu Ubezpieczonego.
5. Podstawą do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest dostarczenie do siedziby Ubezpieczyciela osobiście lub listem poleconym następujących dokumentów:
 - 1) kopii urzędowego dokumentu potwierdzającego datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - 2) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość osób, o których mowa w ust.2,
 - 3) kopii odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu,

[Handwritten signature]

- 4) dokumentu potwierdzającego wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku, np. raport policyjny, decyzja prokuratury potwierdzająca umorzenie śledztwa, opisu lub protokołu z wypadku zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną Zgonu Ubezpieczonego.
7. W razie odmowy wypłaty świadczenia przez Ubezpieczyciela, Uposażony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela.

§ 6 ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

1. Ubezpieczyciel ponosi koszty Świadczeń Zdrowotnych, które dokonywane są na rzecz Ubezpieczonego w zakresie wskazanym w Załączniku nr 1 do OWU.
2. Koszty Świadczeń Zdrowotnych pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na konto Świadczeniodawcy.
3. Przed skorzystaniem ze Świadczeń Zdrowotnych Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się telefonicznie ze Świadczeniodawcą pod numerem **(+48 22) 33 22 885** w celu umówienia wizyty lub skierowania do właściwej poradni Świadczeniodawcy,
 - 2) podać aktualne dane z ważnego dokumentu tożsamości umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego.
4. Przy korzystaniu ze Świadczeń Zdrowotnych w placówkach Świadczeniodawcy, Ubezpieczony zobowiązany jest do każdorazowego okazywania Karty Zdrowia wraz z dokumentem ze zdjęciem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczony zobowiązany jest przestrzegać terminów Świadczeń Zdrowotnych.
6. Ubezpieczony jest zobowiązany poinformować Świadczeniodawcę o niemożności skorzystania z zaplanowanej wizyty najpóźniej 24 godziny przed terminem wizyty.
7. Czynności wymienionych w § 6 ust. 3 oraz ust. 4 i 5 w imieniu Dziecka Ubezpieczonego, które nie ukończyło 18 roku życia, dokonuje Ubezpieczony.
8. Dostęp do Świadczeń Zdrowotnych przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
9. Ubezpieczyciel nie ponosi kosztów leków, środków medycznych i sprzętu medycznego, w tym przepisanych lub zleconych przez lekarzy Świadczeniodawcy.

§ 7 ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

1. Ubezpieczyciel ponosi koszty następujących Świadczeń Assistance wykonywanych wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:



- 1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia Choroby,
 - 2) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) świadczenia udzielane w trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonego takich jak:
 - a) zgon Dziecka Ubezpieczonego lub urodzenie martwego Dziecka,
 - b) zgon Współmałżonka/Partnera Ubezpieczonego,
 - c) Choroba Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera lub Dziecka Ubezpieczonego,
 - 4) zdrowotne usługi informacyjne.
2. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1) i 2) Ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia (Choroby lub wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku):
- 1) opiekę pielęgniarską - zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych;
 - 2) pomoc domową – jeżeli Ubezpieczony był hospitalizowany co najmniej 3 dni, Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy pielęgniarki po zakończeniu hospitalizacji. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 1 000 złotych.
3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 2) Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku:
- 1) **transport medyczny z miejsca pobytu do odpowiedniej Placówki medycznej** wskazanej przez lekarza prowadzącego - w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego w Placówce medycznej. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 2 000 złotych;
 - 2) **transport medyczny z Placówki medycznej do miejsca pobytu** - w przypadku, gdy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony przebywał w Placówce medycznej. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 2 000 złotych;
 - 3) **dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza** - w przypadku, gdy Ubezpieczony w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przebywa na zwolnieniu lekarskim wymagającym leżenia. Ubezpieczyciel pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 300 złotych. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów zakupu leków.
 - 4) **organizację procesu rehabilitacyjnego** - w przypadku gdy Ubezpieczony w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Ubezpieczyciel zapewnia:

- a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizjoterapeuty w domu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 400 złotych, lub
 - b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 400 złotych;
 - 5) **organizację wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** – w przypadku, gdy Ubezpieczony w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 300 złotych;
 - 6) **organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego** do miejsca pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 300 złotych.
4. W ramach świadczeń wymienionych w § 7 ust. 1 pkt 3) Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu **pomoc psychologa**. Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu 1 000 złotych w odniesieniu do jednej sytuacji losowej. Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczonego zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.
5. O celowości organizacji i pokrycia kosztów usług wymienionych w niniejszym paragrafie decyduje pracownik Centrum operacyjnego.
6. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 4) Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu:
- 1) dostęp za pośrednictwem infolinii do informacji między innymi o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia, placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, dietach, zdrowym żywieniu, itp.
 - 2) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji zdrowotnej, dotyczącej dalszego postępowania Ubezpieczonego.
7. Informacje, o których mowa w ust. 6, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego nie mogą być traktowane jako podstawa do roszczeń wobec Lekarza uprawnionego lub Ubezpieczyciela w tym zakresie.
8. Świadczenia Assistance realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do Świadczeń Assistance. Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę, pod numerem telefonu **(+48 22) 568 98 57**.
9. Ubezpieczony kontaktując się z Centrum operacyjnym, powinien podać następujące informacje:

- 1) numer PESEL lub datę urodzenia,
 - 2) imię i nazwisko,
 - 3) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 5) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
10. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum operacyjnego do okazania wskazanych dokumentów, do których należą zaświadczenia, skierowania lekarskie lub recepty.
11. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach powyższych, Centrum operacyjne ma prawo odmówić spełnienia świadczenia, o ile uniemożliwiało to spełnienie świadczenia.
12. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum operacyjnym i w związku z tym sam poniósł koszty Świadczeń Assistance, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty. Zwrot kosztów nastąpi pod warunkiem telefonicznego wniosku Ubezpieczonego, złożonego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do Świadczeń Assistance lub od dnia, w którym telefoniczne zgłoszenie stało się możliwe. Ubezpieczony zobowiązany jest również do przedstawienia wskazanych przez Centrum operacyjne dokumentów. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniósłby w przypadku organizowania Świadczeń Assistance we własnym zakresie.

§ 8 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest nienależne, jeżeli Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) jakiegokolwiek formy wojny, stanu wojennego, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy,
 - 2) samobójstwa lub próby samobójstwa w okresie 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 3) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 4) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu.

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy Ubezpieczenia w zakresie pokrycia kosztów Świadczeń Zdrowotnych oraz Świadczeń Assistance, jeżeli były one wynikiem:
- 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - 2) obrażeń lub skutków chorobowych związanych z usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub świadomego spowodowania rozstroju zdrowia przez Ubezpieczonego,
 - 3) obrażeń lub skutków chorobowych doznanych na skutek działań wojennych, stanu wyjątkowego, stanu wojennego, zamieszek, rozruchów, aktów terroryzmu lub sabotażu, działania energii jądrowej,
 - 4) leczenia następstw uczestnictwa Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych,
 - 5) Nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 6) leczenia wad wrodzonych, uszkodzeń okołoporodowych lub mających charakter dziedziczny,
 - 7) zmiany płci,
 - 8) zakażenia wirusem HIV,
 - 9) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków i innych środków odurzających, zażycia środków farmakologicznych nie zapisanych przez lekarza lub samowolnego przekroczenia dawek leków powszechnie stosowanych w lecznictwie.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy Ubezpieczenia w zakresie pokrycia kosztów Świadczeń Zdrowotnych oraz Świadczeń Assistance, jeżeli były one związane z:
- 1) leczeniem uzależnień,
 - 2) zabiegami i operacjami kosmetycznymi,
 - 3) leczeniem bezpłodności, wszelkimi formami sztucznego zapłodnienia lub aborcją,
 - 4) prowadzeniem ciąży wysokiego ryzyka,
 - 5) ciążą w okresie pięciu miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy Ubezpieczenia w zakresie pokrycia kosztów leczenia chorób zdiagnozowanych i/lub leczonych w ciągu 12 miesięcy przed dniem początku odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy Ubezpieczenia w zakresie organizacji i pokrycia kosztów medycznych czynności ratunkowych w rozumieniu Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
6. Ubezpieczyciel nie odpowiada za roszczenia Ubezpieczonego wynikające z błędów w sztuce lekarskiej.

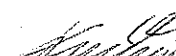
§ 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO



1. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał do wiadomości Ubezpieczyciela niezgodne z prawdą okoliczności, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, o ile okoliczności te pozostawały w związku przyczynowo-skutkowym z zajściem zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczający jest obowiązany do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest do informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach mających wpływ na prawidłowe wykonanie zobowiązań wynikających ze świadczonej ochrony ubezpieczeniowej, o ile uprzednio Ubezpieczyciel zapytywał o nie przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
5. W razie objęcia ochroną ubezpieczeniową Współmałżonka/Partnera lub Dzieci, Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić na piśmie Ubezpieczyciela o zmianach w sytuacji rodzinnej takich jak: rozwód, ukończenie przez Współmałżonka/Partnera 65 roku życia/Dziecka 18 roku życia lub 25 roku życia, gdy uczęszcza do szkoły oraz w przypadku zgonu Współmałżonka/Partnera lub Dziecka.
6. Jeśli zmiana sytuacji rodzinnej, o której mowa w ust. 5, będzie miała wpływ na wybrany Pakiet medyczny, Ubezpieczyciel dokona zmiany wariantu.

§ 10. WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa na skutek zajścia jednego ze zdarzeń:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) wypowiedzenia lub nieprzedłużenia na kolejny okres Umowy Kredytu / o Kartę Kredytową przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym nastąpiło wypowiedzenie lub wygaśnięcie Umowy Kredytu/o Kartę Kredytową,
 - 3) odstąpienia od Umowy kredytowej,
 - 4) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony Kredytobiorca/Posiadacz karty zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej,
 - 5) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia, z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.
 - 6) niespłacenia przez Ubezpieczonego dwóch Minimalnych wymaganych miesięcznych spłat, z ostatnim dniem miesiąca, w którym druga Minimalna miesięczna spłata była wymagana.



2. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego Kredytobiorcy/Posiadacza karty powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec Współmałżónka/Partnera i Dzieci.

§ 11 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski w formie pisemnej winny być adresowane do Ubezpieczyciela i powinny być przekazywane na adres:

Cardif ARD S.A. Oddział w Polsce

Skrytka Pocztaowa 105

85-950 Bydgoszcz 1.

2. Korespondencja adresowana do Ubezpieczonego będzie wysyłana na ostatni podany przez Ubezpieczonego adres.
3. Skargi lub zażalenia mogą być składane Ubezpieczycielowi osobiście lub w innej wybranej przez Ubezpieczonego formie.
4. Ubezpieczyciel udziela pisemnej odpowiedzi na skargę lub zażalenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
5. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia skarg lub zażaleń złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
6. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, osoba zainteresowana może wnieść skargę lub zażalenie do Dyrekcji Ubezpieczyciela.
7. Skargi lub zażalenia mogą być również kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych lub Komisji Nadzoru Finansowego.
8. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
9. Na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia zwolnione są z podatku dochodowego od osób fizycznych.
10. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
11. Niniejsze OWU zatwierdzone przez Dyrekcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. w dniu 15 kwietnia 2013 roku, wchodzi w życie z dniem 15 kwietnia 2013 roku.

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego Klientów Banku BPH S.A.

	Zakres Świadczeń Zdrowotnych
Opieka specjalistyczna	Nieograniczony dostęp do lekarzy specjalistów: Internisty, Pediatri, Ginekologa, Okulisty, Dermatologa, Ortopedy, Chirurga, Alergologa, Urologa, Kardiologa, Laryngologa, Gastrologa.
Podstawowe testy diagnostyczne	Dostęp do następujących testów diagnostycznych wykonywanych na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Świadczeniodawcy: <ol style="list-style-type: none"> badania hematologiczne: morfologia krwi z pełnym zróżnicowaniem granulocytów; odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), płytki krwi, retikulocyty; badania serologiczne: HBs antygen, odczyn VDRL/USR/RPR, oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh(D) z oceną hemolizyn, przeciwciała przeciw HBs; badania układu krzepnięcia: czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT), czas protrombinowy (PT), fibrynogen (FIBR); badania biochemiczne krwi: albuminy, aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginianowa (AST), amylaza, białko całkowite, białko C-reaktywne (CRP), bilirubina bezpośrednia, chlorki (Cl), cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, dehydrogenaza młeczanowa (LDH), fosfataza alkaliczna (AP), fosfataza kwaśna całkowita, fosfataza sterczowa, gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), glukoza, test obciążenia glukozą, kineza fosfokreatynowa, kreatynina, kwas moczowy, mocznik, potas (K), proteinogram, sód (Na), stężenie transferazy, trójglicerydy, wapń całkowity (Ca), żelazo-całkowita zdolność wiązania (TIBC), żelazo (Fe); badania moczu: amylaza w moczu, badanie ogólne moczu (profil), białko w moczu, glukoza w moczu, kreatynina w moczu, wapń w moczu; badania kału: badanie ogólne kału, krew utajona w kale, pasożyty/jaja pasożytów w kale; badania czynnościowe: EKG spoczynkowe, spirometria; badania z zakresu diagnostyki RTG: RTG kości twarzy: okolicy czołowej, żuchwy, szczęki, zatok nosa, nosa, oczodołu, okolicy nadoczodołowej, spojenia żuchwy, okolicy jarzmowoszczękowej; RTG tkanek miękkich klatki piersiowej; RTG kręgosłupa AP i L (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego); RTG kości kończyn i miednicy: barku i ramienia, łokcia/przedramienia, nadgarstka/dłoni, kończyny górnej, kończyny dolnej, miednicy/biodra, uda/kolana/podudzia, kostki/stopy; RTG przeglądowe jamy brzusznej; badania z zakresu diagnostyki USG: USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne), USG macicy nieciążarnej i przydatków, USG macicy ciężarnej, USG macicy małej, USG piersi, USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, USG tarczycy; posiewy i bakteriologia: posiew moczu z antybiogramem, posiew kału ogólny, posiew kału w kierunku Salmonella-Shigella, posiew z gardła, posiew z rany; badania immunochemiczne krwi: antystreptolizyna O (ASO), odczyn Walera-Rosego; badania hormonalne: hormon tyreotropowy (TSH); Inne: badanie cytologiczne.
Specjalistyczne testy diagnostyczne	Zniżka w wysokości 15% na specjalistyczne testy diagnostyczne, w stosunku do ceny usługi obowiązującej u Świadczeniodawcy (zniżki dostępne tylko w placówkach Medycyny Rodzinnej): <ol style="list-style-type: none"> badania biochemiczne krwi: ferrytyna, hemoglobina, transferyna, antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite; badania hormonalne: aldosteron, dehydroepiandrosteronu siarczan (DHEAS), estradiol, hormon adrenokortykotropowy (ACTH), hormon folikulotropowy (FSH), hormon luteinizujący

(LH), kortyzol, osteokalcyna, parahormon (PTH), progesteron, prolaktyna (PRL), testosteron, trijodotyronina całkowita (TT3), trijodotyronina wolna (fT3), tyroksyna całkowita (TT4), tyroksyna wolna (fT4);

3. **badania immunochemiczne krwi:** immunoglobulina E całkowite (IgE);
4. **badania wirusologiczne:** przeciwciała przeciw HBe, przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii (IgG, IgM), przeciwciała przeciw rubella (różyczka) (IgG, IgM), przeciwciała przeciw HIV, przeciwciała przeciw HCV;
5. **badania serologiczne:** mononukleozą zakaźną (IgM), przeciwciała przeciw tarczycowe;
6. **badania czynnościowe:** całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego, EKG – pomiar całodobowy metodą Holtera, EKG – próba wysiłkowa, EEG, EMG;
7. **badania endoskopowe** (z możliwością wykonania testu urazowego i histopatologicznego): gastroscopia, rektoskopia, sigmoidoskopia;
8. **badania z zakresu diagnostyki USG:** echokardiografia (ECHO), USG gruczołu krokowego transrektalne, USG stawów biodrowych i kolanowych, USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej, szyi i kończyn, USG transwaginalne macicy i przydatków;
9. **badania z zakresu diagnostyki obrazowej:** mammografia, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, urografia, wlew doodbytniczy;
10. **inne:** audiometria, biopsja cienkoigłowa tarczycy, densytometria, testy skórne alergiczne.

[Signature]