



**OGÓLNE WARUNKI
UBEZPIECZENIA NNW
„Plan na wypadek-
Ochrona dla młodych
bohaterów”**

indeks: PAH/KIDS/06/2023



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Ubezpieczyciel zmieniającego się świata

Drogi Kliencie

zachęcamy Cię do zapoznania się z poniższym 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 Zdarzenie:

- wypełnij formularz na stronie: www.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 WZORCA UMOWNEGO |
|---|--|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń | art. 2. w związku z art. 1. ust 1. pkt 2), 20), 22), 23), 24), 30), 38) art. 4. w związku z art. 1. ust 1. pkt 4), 9), 15), 25), 26), 29), 30), 36) art. 10. w związku z art. 1. ust 2), 20), 24), 38) |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia | art. 14 w związku z art. 1. ust. 2, 20), 22), 23), 24), 30), 38) |

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia NNW „Plan na wypadek- Ochrona dla młodych bohaterów” o indeksie PAH/KIDS/06/2023 (dalej: „OWU” lub „Ogólne Warunki Ubezpieczenia”) mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Cardiff - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym i stanowią jej integralną część.

Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie OWU.

Zdefiniowane poniżej pojęcia pisane są w tekście OWU z wielkiej

art. 1. Definicje

1. Pojęcia użyte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia NNW „Plan na wypadek-Ochrona dla młodych bohaterów” o indeksie PAH/KIDS/06/2023 oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia mają następujące znaczenie:
 - 1) **Agent** – BNP Paribas Bank Polska S.A. 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) **Borelioza** - wieloukładowa choroba zakaźna wywoływana u Ubezpieczonego przez bakterie należące do krętków *Borrelia* dająca dodatni wynik testu diagnostycznego ELISA w klasie IgM i IgG i Western blot po usunięciu kleszcza. Potwierdzenie objawów dotyczących rumienia wędrującego i wskazanie do diagnostyki pod kątem zakażenia Boreliozą musi wystąpić w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) **Centrum Alarmowe** – przedstawiciel Ubezpieczyciela realizujący, Świadczenie Assistance medyczny;
 - 4) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w Okresie ubezpieczenia;
 - 5) **Członek rodziny** – małżonek, partner, dzieci, rodzice, rodzeństwo Ubezpieczonego zamieszkujące wspólnie z nim i prowadzące wspólne gospodarstwo domowe lub osoby, za których działania i zaniechania ponosi odpowiedzialność Ubezpieczający, jak za działania i zaniechania własne;
 - 6) **Deklaracja zgody** - oświadczenie Ubezpieczającego, w którym wyraża wolę zawarcia Umowy ubezpieczenia podczas rejestrowanej rozmowy telefonicznej lub za pośrednictwem strony internetowej Agenta lub aplikacji mobilnej Agenta;
 - 7) **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pozostające pod opieką Opiekuna prawnego w Wiek od 3 lat do Wiek 26 lat. Dziecko do momentu uzyskania pełnoletności posiada status małoletniego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;
 - 8) **Dzienny ryczałt** – Świadczenie należne za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - 9) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** –
 - a) pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający opłacił pierwszą ratę składki – w odniesieniu do osób, które złożyły oświadczenie woli zawarcia Umowy ubezpieczenia we Wnioskopolisie w placówce Agenta;
 - b) pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym na podstawie dyspozycji Ubezpieczającego została opłacona pierwsza rata składki – w odniesieniu do osób, które złożyły oświadczenie woli zawarcia Umowy ubezpieczenia podczas rozmowy telefonicznej;
 - c) dzień następujący po dniu opłacenia pierwszej raty składki przez Ubezpieczającego – w odniesieniu do osób, które złożyły oświadczenie woli zawarcia Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem strony internetowej Agenta lub aplikacji mobilnej Agenta;
 - 10) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** –
 - a) dzień wskazany we Wnioskopolisie – dla umów ubezpieczenia zawartych w placówce Agenta albo
 - b) dzień opłacenia pierwszej raty składki wskazany w Polisie dla umów zawartych za pośrednictwem strony internetowej Agenta lub aplikacji mobilnej Agenta lub w trakcie rejestrowanej rozmowy telefonicznej;
 - 11) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - a) w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - b) w przypadku Złamania kości – dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku, w wyniku którego doszło do Złamania kości;
 - c) w przypadku Oparzenia – dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) w przypadku Boreliozy -dzień uzyskania dodatniego wyniku testu diagnostycznego ELISA w klasie IgM i IgG i Western blot potwierdzający boreliozę.
 - e) dla Świadczenia Assistance medyczny –
 - świadczenia medyczne po wystąpieniu Poważnego zachorowania skutkującego 3 dniowym Pobyt w Szpitalu lub wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku,
 - druga opinia medyczna po wystąpieniu Poważnego zachorowania,
 - ugryzienie przez kleszcza lub zwierzęta lub owady inne niż kleszcz pod warunkiem min. 1 dniowego pobytu w Szpitalu;
 - 12) **Lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, niebędąca Członkiem rodziny Ubezpieczonego;
 - 13) **Lekarz Centrum Alarmowego** – Lekarz współpracujący z Centrum Alarmowym. Informacje udzielone przez Lekarza Centrum Alarmowego nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego;
 - 14) **Miejsce zamieszkania** - adres stałego pobytu Ubezpieczonego;
 - 15) **Miesiąc polisowy** – miesięczny okres, za który zostanie opłacona rata składki. Pierwszy Miesiąc polisowy zaczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 16) **Nieszczęśliwy wypadek** - zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani

Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS 0000026002. Kapitał zakładowy zagranicznego zakładu ubezpieczeń Cardif- Assurances Risques Divers Societe Anonyme S.A. wg prawa francuskiego, który oddział utworzył, wynosi 21 602 240 euro i jest w pełni opłacony. NIP 526-25-57-344

- stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w Okresie ubezpieczenia;
- 17) **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek przy udziale pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 18) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na zasadach określonych w OWU;
 - 19) **Okres ubezpieczenia** - czas trwania Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego określony w art. 4 i 5 OWU;
 - 20) **Oparzenie** – to uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, które powstało wskutek działania czynnika termicznego lub chemicznego obejmujące co najmniej 5% powierzchni ciała potwierdzone przez Lekarza z zastrzeżeniem, że Ochroną ubezpieczeniową są objęte oparzenia co najmniej II stopnia powstałe w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej. Oparzeniem nie są: oparzenia słoneczne lub oparzenia powstałe na skutek działania energii elektrycznej. Wielkość dłoni Ubezpieczonego wraz z palcami to 1% Oparzenia;
 - 21) **Opiekun prawny** – ojciec lub matka Dziecka posiadająca w chwili zajścia Zdarzenia władzę rodzicielską nad Ubezpieczonym lub opiekun Ubezpieczonego ustanowiony przez sąd;
 - 22) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub Chorób:
 - a) Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - b) Cukrzyca typu I, insulinozależna o ciężkim przebiegu,
 - c) Dystrofia mięśniowa,
 - d) łagodny guz mózgu wymagający leczenia operacyjnego I,
 - e) łagodny guz mózgu wymagający leczenia operacyjnego II,
 - f) Nowotwór,
 - g) Paraliż,
 - h) Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu,
 - i) Śpiączka,
 - j) Przeszczepienie narządów;
 - k) Niewydolność nerek;
 - l) Utrata wzroku;
 - m) Utrata słuchu;
 - n) Schyłkowa niewydolność wątroby;
 - o) Utrata mowy;
 - p) Schyłkowa niewydolność oddechu
 - q) Zapalenie mózgu.

Szczegółowy opis Poważnych zachorowań wymienionych w art.1 ust.1 pkt 22 zawiera Tabela stanowiąca Załącznik nr 1 do niniejszych OWU;
 - 23) **Pobyt w Szpitalu celem leczenia Poważnego zachorowania** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Poważnego zachorowania, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
 - 24) **Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała, będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 1 dzień, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
 - 25) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Deklaracji zgody;
 - 26) **Rok polisowy** – każde 12 kolejnych Miesięcy polisowych, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 27) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia ustalona dla Roku polisowego wskazana we Wnioskopolisie albo Polisie;
 - 28) **Szpital** - działający na terenie Unii Europejskiej, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. Definicja szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
 - 29) **Świadczenie** – kwota wypłacana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w OWU w przypadku:
 - a) Oparzenia;
 - b) Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Złamania kości;
 - d) Boreliozy.
 - 30) **Świadczenie Assistance medyczny** - w Pakiecie podstawowym obejmuje:
 - a) świadczenia medyczne udzielone Ubezpieczonemu po Nieszczęśliwym wypadku lub Poważnym zachorowaniu skutkującej 3-dniowym Pobyt w Szpitalu w zakresie, o którym mowa w art. 11 ust. 1 pkt. 1-20 niniejszych OWU
W Pakiecie z plusem obejmuje dodatkowo:
 - b) drugą opinię medyczną krajową w przypadku Poważnego zachorowania lub Konsultację specjalisty z ośrodka referencyjnego (jako uzupełnienie II opinii medycznej krajowej);
 - c) zwrot kosztów badań diagnostycznych, wizyt lekarskich, antybiotykoterapii po ugryzieniu przez kleszcza lub zwierzęta lub owady inne niż kleszcz (pod warunkiem min. 1-dniowego pobytu w Szpitalu).
 - 31) **Ubezpieczający** – Opiekun prawny, który zawarł Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązany do opłacenia składki;
 - 32) **Ubezpieczony** – małoletnie lub pełnoletnie Dziecko, objęte Ochroną ubezpieczeniową, wskazane we Wnioskopolisie albo Polisie;
 - 33) **Ubezpieczyciel** – Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa;
 - 34) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
 - 35) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;

- 36) **Wnioskopolisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, złożony na formularzu Ubezpieczyciela w placówce Agenta;
- 37) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, jeżeli jego zajście powoduje powstanie prawa do wypłaty Świadczenia, lub organizacji Świadczenia Assistance medyczny;
- 38) **Złamanie kości** – medycznie stwierdzone całkowite przerwanie ciągłości tkanki kostnej u Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia. Złamanie kości nie obejmuje złamań zębów mlecznych i stałych;

Sprawdź, czego dotyczy i co obejmuje ubezpieczenie Dziecka.

art. 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony zależy od Pakietu ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczającego wskazanego w Wnioskopolisie lub Polisie.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) Pakiet podstawowy:
 - a) Oparzenie;
 - b) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Złamanie kości;
 - d) Boreliozę;
 - e) Świadczenie Assistance medyczny opisany w art. 1 ust 1.pkt 30 a);
 - 2) Pakiet z plusem:
 - a) Oparzenie;
 - b) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Złamanie kości;
 - d) Boreliozę;
 - e) Świadczenie Assistance medyczny opisany w art. 1 ust 1.pkt 30 a), b) i c);
4. Ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku obejmuje terytorium Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
5. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Świadczenia Assistance medyczny organizowana jest na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ubezpieczyciel zawiera Umowę ubezpieczenia z osobami, które spełniają określone warunki i które dokonały określonych czynności. Sprawdź, czy spełniasz wymagania określone przez Ubezpieczyciela.

art. 3. Warunki zawarcia Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z osobą mającą miejsce zamieszkania w Polsce, która w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyła Wiek 18 lat.

2. Ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy ubezpieczenia może zostać objęte tylko jedno Dziecko, które w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia ma ukończony Wiek 3 lata i nie ukończyło Wiek 18 lat.
3. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia woli zawarcia Umowy ubezpieczenia:
 - 1) w formie Wnioskopolisy oraz zobowiązania się Ubezpieczającego do opłacania składki w terminie wskazanym we Wnioskopolisie albo
 - 2) w formie Deklaracji zgody oraz opłacenie pierwszej raty składki.

Sprawdź, kiedy zaczyna się i kończy ubezpieczenie.

art. 4. 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 w następujących przypadkach:
 - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) w dniu zgonu Ubezpieczającego;
 - 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 Wiek 26 lata;
- w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

art. 5. Kontynuacja Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i przedłuża się na kolejny Rok polisowy o ile żadna ze stron Umowy ubezpieczenia nie złożyła na 30 dni przed upływem bieżącego Roku polisowego oświadczenia o jej nieprzedłużeniu na kolejny Rok polisowy.
2. 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.
3. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia następuje, jeśli Ubezpieczający wpłaci pierwszą ratę składki z tytułu przedłużonej Umowy ubezpieczenia, w terminie wskazanym w art. 9 OWU.
4. Wysokość składki jest ustalana zgodnie z art. 9 ust. 1 OWU.

Ubezpieczający może zakończyć Umowę ubezpieczenia przez jej wypowiedzenie lub odstąpienie od niej.

Sprawdź, kiedy i jak to zrobić.

art. 6. Odstąpienie, wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
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, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa
 - 4) za pośrednictwem Agenta:
 - a) w każdej placówce BNP Paribas Bank Polska S.A. obsługującej klientów,
 - b) za pomocą strony internetowej Agenta lub aplikacji mobilnej Agenta w odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawartych w tym kanale.
5. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

Sprawdź, jakie są obowiązki Ubezpieczającego. Ich spełnienie jest konieczne, by Ubezpieczyciel (w razie zajścia Zdarzenia) mógł wypłacić Świadczenie.

art. 7. Obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki na zasadach określonych w OWU oraz we Wnioskopolisie albo Polisie.
2. Ubezpieczający ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych, w szczególności zmianie adresu zamieszkania.

Sprawdź, jakie są obowiązki Ubezpieczyciela względem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.

art. 8. Obowiązki Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do realizacji Świadczenia, Świadczenia Assistance medyczny w wysokości i na zasadach opisanych w OWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji związanych z Umową ubezpieczenia, w szczególności danych osobowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego.

Sprawdź, jakie są zasady ustalania wysokości

i opłacania składki.

art. 9. Składka

1. Wysokość składki ustala się według taryfy składek obowiązującej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, stosownie do wybranego przez Ubezpieczającego wariantu Sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki wskazana jest we Wnioskopolisie albo w Polisie oraz w Tabeli składek stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszych OWU.
3. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w ratach miesięcznych, na wskazany przez Ubezpieczyciela indywidualny numer rachunku bankowego.
4. Jeśli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na podstawie Wnioskopolisy, pierwszą ratę składki należy opłacić najpóźniej do końca miesiąca następującego po miesiącu, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia. Nieopłacenie pierwszej raty składki we wskazanym terminie spowoduje rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.
5. Jeśli Umowa ubezpieczenia jest zawarta za pośrednictwem strony internetowej Agenta lub aplikacji mobilnej Agenta, pierwszą ratę składki należy opłacić najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia. W przypadku braku wpłaty pierwszej raty składki Ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się oraz nie dochodzi do zawarcia Umowy ubezpieczenia.
6. Jeśli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na podstawie oświadczenia woli złożonego podczas rozmowy telefonicznej, pierwszą ratę składki, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego należy opłacić do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło złożenie przez Ubezpieczającego Deklaracji zgody. W przypadku braku wpłaty pierwszej raty składki Ochrona

ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się oraz nie dochodzi od zawarcia Umowy ubezpieczenia.

7. Termin płatności kolejnych rat składki jest wskazany we Wnioskopolisie lub Polisie.
8. 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.
9. Dniem zapłaty raty składki jest dzień, w którym rata składki w pełnej należytej wysokości zostanie zaksięgowana na rachunku Ubezpieczyciela.

Wysokość Świadczenia zależy od Sumy ubezpieczenia.

Zawsze możesz sprawdzić we Wnioskopolisie lub Polisie jaka jest Twoja Suma ubezpieczenia.

art. 10. Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia

1. Suma ubezpieczenia wskazana jest we Wnioskopolisie albo w Polisie.
2. Z tytułu **Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczyciel wypłaci Dzienny ryczałt za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w Szpitalu zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego pakietem ubezpieczenia.
3. Świadczenie z tytułu **Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego** wypadku przysługuje za okres maksymalnie 60 dni z tytułu jednego i wszystkich Nieszczęśliwych wypadków.
4. Z tytułu **Złamania kości** Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie zgodnie z wybranym pakietem ubezpieczenia.
5. Z tytułu **Złamania kości** Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż jedno Świadczenie niezależnie od liczby kości, które uległy złamaniu w ramach jednego Nieszczęśliwego wypadku.
6. Suma ubezpieczenia z tytułu **Złamania kości** jest równa czterem Świadczeniom w Roku polisowym.
7. Z tytułu **Oparzenia** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie zgodnie z wybranym pakietem ubezpieczenia.
8. Z tytułu **Oparzenia** Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż jedno Świadczenie w ramach jednego Nieszczęśliwego wypadku.
9. Suma ubezpieczenia z tytułu **Oparzenia** jest równa czterem Świadczeniom w Roku polisowym.
10. Z tytułu **Boreliozy** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie zgodnie z wybranym pakietem ubezpieczenia.
11. Suma ubezpieczenia z tytułu **Boreliozy** jest równa jednemu Świadczeniu w Roku polisowym.

art. 11. Świadczenia Assistance

1. W Pakiecie podstawowym lub Pakiecie z plusem w przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu lub w przypadku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów świadczeń medycznych w zakresie:

- 1) **Wizyta lekarza** (pediatry, internisty, ortopedy, chirurga ogólnego lub lekarza w trakcie trwania specjalizacji) – w razie zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe organizuje jego wizytę u lekarza pierwszego kontaktu (pediatry, internisty ortopedy, chirurga ogólnego lub lekarza w trakcie trwania specjalizacji) w placówce medycznej lub w Miejscu zamieszkania i pokrywa koszty honorarium Lekarza za wizytę do wysokości ustalonego limitu w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) **Telefoniczna konsultacja z Lekarzem** (pediatra lub internista) – w razie zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty telefonicznej konsultacji Ubezpieczonego z Lekarzem (pediatra lub internista). Konsultacja nie stanowi porady medycznej. Centrum Alarmowe nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się Ubezpieczonego do uzyskanych informacji;
- 3) **Wizyta pielęgniarki** – jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, przebywał on co najmniej 3 dni w Szpitalu, zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego leczenie lub Lekarza Centrum Alarmowego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do Miejsca zamieszkania w godzinach 8:00 – 17:00 oraz pokrywa jej honorarium do wysokości ustalonego limitu w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) **Opieka domowa nad Ubezpieczonym** – jeżeli Ubezpieczony przebywał w Szpitalu co najmniej 3 dni wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty opieki domowej w następujących po sobie dniach do wysokości ustalonego limitu w odniesieniu do jednego Zdarzenia;
- 5) **Korepetycje** – jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania oraz zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego leczenie, Ubezpieczony będzie musiał przebywać w domu 7 dni albo powyżej 3 dni w Szpitalu, w których odbywają się zajęcia szkolne, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty prywatnych lekcji w Miejscu zamieszkania lub organizuje i pokrywa koszt korepetycji online do wysokości ustalonego limitu w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego. Korepetycje dla Ubezpieczonego organizowane są na wniosek Opiekuna prawnego w ciągu 90 dni liczonych od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania;
- 6) **Transport medyczny** – w razie zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe w przypadkach niewymagających interwencji pogotowia ratunkowego organizuje i pokrywa koszty:
 - a) transportu Ubezpieczonego do placówki medycznej oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania;
 - b) transportu Ubezpieczonego na wizytę kontrolną oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania – jeżeli Ubezpieczony przebywał w Szpitalu co najmniej 3 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem

Lekarza prowadzącego powinien udać się na wizytę kontrolną do placówki medycznej, a ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub samochodem;

- c) transportu Ubezpieczonego ze Szpitala do Miejsca zamieszkania (jeżeli pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego trwał dłużej niż 3 dni);
 - d) transportu pomiędzy placówkami medycznymi – realizowane na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Alarmowego i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego;
- 7) **Pomoc psychologa** – jeżeli Ubezpieczony przybywał w Szpitalu co najmniej 3 dni wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania lub podjął próbę samobójczą, Centrum Alarmowe na wniosek Ubezpieczonego organizuje i pokrywa koszty honorarium psychologa lub udziału w grupie terapeutycznej (w zależności od zaleceń lub wyboru Opiekuna prawnego) do wysokości ustalonego limitu w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) **Dostawa leków** – jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego leczenie lub Lekarza Centrum Alarmowego, Ubezpieczony wymaga przebywania w Miejscu zamieszkania, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dostarczenia przepisanych przez Lekarza prowadzącego leczenie leków. Koszt zakupu leków pokrywa Ubezpieczony lub rodzic Ubezpieczonego;
 - 9) **Dostawa artykułów spożywczych** – jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego leczenie lub Lekarza Centrum Alarmowego, Ubezpieczony wymaga przebywania w Miejscu zamieszkania, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dostarczenia niezbędnych artykułów spożywczych. Koszt zakupu artykułów spożywczych pokrywa Ubezpieczony lub Opiekun prawny;
 - 10) **Wizyta członka rodziny** – jeżeli Ubezpieczony przebywał w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty przyjazdu z miejsca pobytu Członka rodziny do miejsca pobytu w Szpitalu i zakwaterowania Członka rodziny w hotelu przyszpitalnym lub hotelu znajdującym się najbliżej Szpitala do wysokości ustalonego limitu w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) **Zwrot kosztów wycieczki szkolnej** – jeżeli Ubezpieczony uległ Nieszczęśliwemu wypadkowi lub Poważnemu zachorowaniu, w następstwie którego, zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie nie może wziąć udziału we wcześniej zaplanowanej wycieczce szkolnej, Centrum Alarmowe zwraca koszty jakie poniósł Ubezpieczony lub rodzic Ubezpieczonego w związku z wycieczką szkolną do wysokości ustalonego limitu w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) **Dostawa drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego leczenie lub Lekarza Centrum Alarmowego, Ubezpieczony wymaga korzystania ze sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do wysokości ustalonego limitu w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 13) **Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego leczenie lub Lekarza Centrum Alarmowego, Ubezpieczony wymaga rehabilitacji, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty wizyty specjalisty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania lub transportu i wizyty Ubezpieczonego w najbliższej placówce rehabilitacyjnej do wysokości ustalonego limitu, w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 14) **Organizacja i pokrycie kosztów badań specjalistycznych** – jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego, zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego leczenie lub Lekarza Centrum Alarmowego, wymagane jest wykonanie badań specjalistycznych, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wykonania badań specjalistycznych, takich jak: ultrasonografia, tomografia lub rezonans, do wysokości ustalonego limitu, w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 15) **Infolinia medyczna** – Centrum Alarmowe, na życzenie Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego, udostępni następujące informacje:
 - a) baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - b) baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - c) baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
 - d) baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - e) baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie RP,
 - f) baza danych placówek opieki społecznej,
 - g) baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - h) o działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. Niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - i) o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - j) medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w RP przepisów),
 - k) farmaceutyczne o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w RP przepisów,

- l) o zasadach zdrowego żywienia i dietach:
 - Bezglutenowej,
 - Bogatoresztkowej,
 - Cukrzycowej,
 - Ubogobiałkowej,
 - Bogatobiałkowej,
 - Niskocholesterolowej,
 - Niskokalorycznej,
 - Redukcyjnej,
 - Wątrobowej,
 - Wrzodowej,
 - uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
- 16) **Przygotowanie do zabiegów i badań medycznych:**
- a) Gastroskopia,
 - b) Kolonoskopia,
 - c) Koronografia,
 - d) Rezonans magnetyczny,
 - e) Ultrasonografia,
- 17) Informacje, o których mowa pkt.1-15 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza i Centrum Alarmowe.
- 18) **Concierge dla dziecka** - na wniosek Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego, Centrum Alarmowe zapewni usługi w zakresie organizacji (koszt usług pokrywa Ubezpieczony):
- a) Zakupu i dostarczenia pod wskazany adres na terytorium RP wybranych przez Opiekuna prawnego: zabawek, gier, książek, artykułów pielęgnacyjnych dla niemowląt. W ramach jednego okresu ubezpieczeniowego świadczenie przysługuje maksymalnie 10 razy;
 - b) Rezerwacji biletów na koncerty, spektakle, filmy lub wydarzenia sportowe dla Ubezpieczonego, przy czym Centrum Alarmowe nie ponosi odpowiedzialności za brak dostępności biletów lub miejsc; W ramach jednego okresu ubezpieczeniowego świadczenie przysługuje maksymalnie 10 razy;
 - c) Wizyty architekta do zaprojektowania dziecięcej przestrzeni;
 - d) Odwiedzin Ubezpieczonego przez klauna po Poważnym zachorowaniu lub Nieszczęśliwym wypadku;
 - e) Pomocy w organizacji animatora na kinderball;
- 19) **Infolinia Rehabilitacyjna** - Centrum Alarmowe, na życzenie Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego, udostępni informacje dotyczące:
- a) zespołów bólowych i neuralgii,
 - b) dolegliwości bólowych w odcinkach: szyjnym, piersiowym oraz lędźwiowo - krzyżowym kręgosłupa,
 - c) chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa i stawów,
 - d) zaburzeń postawy, wad wrodzonych,
 - e) fizjoterapii interwencyjnej (postępowania w nagłej sytuacji),
 - f) zabiegów fizykalnych,
 - g) diagnostyki obrazowej - pomoc w interpretacji wyników,
 - h) diagnostyki - jaki rodzaj badań należy wykonać i gdzie,
- i) dostępnych środków pomocniczych i ortopedycznych,
 - j) zasad zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
 - k) zastosowanego leczenia wskazania/przeciwwskazania,
 - l) danego leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) - w ramach obowiązujących w RP przepisów profilaktyki dolegliwości bólowych i schorzeń kręgosłupa,
 - m) uprawnień osób niepełnosprawnych,
 - n) zagadnień związanych z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych,
 - o) danych teleadresowych poradni, placówek rehabilitacyjnych i sanatoriów na terenie RP,
 - p) danych teleadresowych (oddziałów Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych, Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, starostw i urzędów marszałkowskich, powiatowych i wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności, jednostek samorządowych stworzonych na potrzeby osób niepełnosprawnych),
 - q) danych teleadresowych sklepów, zakładów i wypożyczalni sprzętu ortopedycznego,
 - r) zasad uzyskania refundacji do sprzętu ortopedycznego i przedmiotów pomocniczych ze środków NFZ,
 - s) zasad uzyskania refundacji do sprzętu ortopedycznego i przedmiotów pomocniczych ze środków instytucji (PFRON/PCPR/MOPS/MOPR),
 - t) zasad ubiegania się o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, do sanatoriów oraz zasad uzyskania dofinansowania. Zakres tematyczny odpowiada najważniejszym informacjom, o jakie zabiegają pacjenci w poszukiwaniu doraźnej pomocy oraz pomocy w schorzeniach kręgosłupa i narządu ruchu.
- 20) Informacje, o których mowa w pkt 19 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego. Nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza i Centrum Alarmowego.
2. W Pakiecie z plusem w przypadku **ugryzienia przez kleszcza, pogryzienia przez psa, pokąsania, użądlenia** Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów Świadczeń Assistance medyczny w zakresie:
- 1) **Następstwa ugryzienia przez kleszcza:**
- a) Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu następstw ugryzienia Ubezpieczonego przez kleszcza, które nastąpiło w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
 - b) Świadczenie zostanie wypłacone w wysokości wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej dla niniejszego świadczenia.
 - c) Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony odbył wizytę Lekarza w celu usunięcia kleszcza z ciała lub w celu dokonania konsultacji medycznej związanej z wystąpieniem rumienia wędrującego i podejrzeniem zakażenia boreliozą, nie później jednak niż 6 miesięcy od daty ugryzienia przez kleszcza.

- d) Wypłata świadczenia przysługuje maksymalnie 1 raz w okresie ubezpieczenia i wyczerpuje Sumę ubezpieczenia wskazaną w dokumencie ubezpieczenia dla niniejszego świadczenia.
- e) Świadczenie zostanie wypłacone po zweryfikowaniu zasadności roszczenia na podstawie dostarczonych dokumentów: zgłoszenia szkody, dokumentacji medycznej potwierdzającej usunięcia kleszcza lub zawierającej potwierdzenie objawów dotyczących rumienia wędrującego i wskazanie do diagnostyki pod kątem zakażenia boreliozą dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
- 2) **Następstwa Pogryzienia przez psa, pokąsania, użądlenia:**
- a) Świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa, pokąsanie, użądlenie wypłacone zostanie w wysokości wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia określonej dla niniejszego świadczenia
- b) Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli pogryzienie przez psa, pokąsanie, użądlenie nastąpiło w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, nie spowodowało trwałego uszczerbku na zdrowiu, a wystąpiły silne reakcje alergiczne, wymagające podania leków przeciwwstrząsowych, antyalergicznym lub surowicy.
- c) Świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że Ubezpieczony w związku z tym zdarzeniem był hospitalizowany co najmniej dzień.
- d) Wypłata świadczenia przysługuje maksymalnie 1 raz w okresie ubezpieczenia i wyczerpuje Sumę ubezpieczenia wskazaną w dokumencie ubezpieczenia dla niniejszego świadczenia.
- e) Świadczenie zostanie wypłacone po zweryfikowaniu zasadności roszczenia na podstawie dostarczonych dokumentów: zgłoszenia szkody, dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu szpitalnemu w związku z pogryzieniem przez psa, pokąsaniem lub użądleniem która zwiera diagnozę lekarską (rozpoznanie), karty informacyjnej ze szpitala, dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
3. W Pakiecie z plusem w przypadku **Poważnego zachorowania**, Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów Świadczeń Assistance medyczny w zakresie:
- 1) **Druga opinia lekarska krajowa** - opinia Lekarza konsultanta praktykującego na terenie RP, będącego specjalistą w danej dziedzinie. Uzyskiwana jest ona w sytuacji, gdy u Ubezpieczonego wystąpi Poważne zachorowanie, które zostało poddane diagnostyce i zaproponowano Ubezpieczonemu plan leczenia. Druga opinia lekarska ma na celu uzyskanie przez Ubezpieczonego następujących informacji:
- a) czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą lekarską w danej dziedzinie,
- b) czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami RP, wraz ze wskazaniem ośrodka stosującego tego typu leczenie. Świadczenie jest realizowane, w okresie do 15 dni roboczych od daty otrzymania kompletnej dokumentacji, przy koordynacji Lekarza wybranego przez Centrum Alarmowe, na podstawie pełnej dokumentacji medycznej (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego) zebranej i udostępnionej przez Ubezpieczonego.
- 2) **Tele, wideokonsultacja lub wizyta u specjalisty z ośrodka referencyjnego** (jako uzupełnienie drugiej opinii lekarskiej krajowej) tele lub wideokonsultacja lub wizyta u Lekarza konsultanta z ośrodka referencyjnego, przygotowującego drugą opinię lekarską krajową, dająca możliwość omówienia wystawionej drugiej opinii lekarskiej krajowej w przypadku wątpliwości, niejasności lub dodatkowych pytań. Świadczenie dotyczy jednorazowej konsultacji danego specjalisty i nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych, w tym operacji, które konsultant wykona u pacjenta oprócz przeprowadzenia konsultacji.
4. **Zwrot kosztów leczenia, w tym odbudowy zębów stałych, będących następstwem Nieszczęśliwego wypadku:**
- 1) Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa Nieszczęśliwego wypadku w postaci poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów leczenia, w tym odbudowy zębów stałych, w okresie 24 miesięcy od daty zajścia
- 2) Nieszczęśliwego wypadku.
- 3) Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczonemu niepokryte powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych, koszty leczenia poniesione na:
- 4) udzielenie pierwszej pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej po Zdarzeniu,
- 5) pobyt w Szpitalu (z wyłączeniem świadczeń ponadstandardowych), badań, zabiegów i operacji (w tym niezbędnych operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpecenia wynikłego z Nieszczęśliwego wypadku),
- 6) nabycia niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez Lekarza,
- 7) transportu Ubezpieczonego z miejsca Nieszczęśliwego wypadku do Szpitala, ambulatorium lub Lekarza, jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego uniemożliwia samodzielne dotarcie do szpitala lub ambulatorium (za koszty transportu rozumiane są koszty poniesione na pogotowie, taxi lub usługę transportu oferowaną przez aplikację mobilną służącą do zamawiania usług transportu samochodowego),
- 8) Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczonemu niepokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych, koszty odbudowy zębów stałych poniesione na odbudowę stomatologiczną uszkodzonego lub utraconego zęba stałego, o ile koszty te zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i zostały zalecone przez Lekarza w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem potwierdzonym dokumentacją medyczną i objętym ochroną ubezpieczeniową. Koszt znieczulenia oraz badań pokrywa Ubezpieczony.
- 9) Zwrot kosztów leczenia, w tym odbudowy zębów stałych, następuje do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dacie zajścia Nieszczęśliwego wypadku, na podstawie dostarczonych, imiennych rachunków albo faktur wystawionych na Ubezpieczonego wraz z dokumentacją medyczną uzasadniającą te wydatki.
5. W celu uzyskania świadczeń, Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca Zdarzenie jest zobowiązana niezwłocznie po jego

zaistnieniu lub powzięciu informacji o jego powstaniu powiadomić o nim Centrum Alarmowe czynne 24 na dobę 7 dni w tygodniu przez wszystkie dni w roku, pod numerem telefonu (+48 22) 264 49 29 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania: Świadczeń Assistance druga opinia lub Świadczenia Assistance na wypadek ugrzyzenia lub Świadczenia Assistance medyczny:

- 1) Numer PESEL;
 - 2) Imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 3) Adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 4) Opis rodzaju oczekiwanej pomocy;
 - 5) Numer telefonu do kontaktu.
6. Limit liczbowy i kwotowy Świadczeń Assistance druga opinia lub Świadczenia Assistance na wypadek ugrzyzenia lub Świadczenia Assistance medyczny do wykorzystania w trakcie Roku polisowego zawiera Tabela zawierająca zakres i limit świadczeń stanowiąca Załącznik nr 3 do niniejszych OWU.

Sprawdź, w jaki sposób możesz zgłosić roszczenie.

art. 12. Sposób zgłaszania Zdarzeń oraz wypłaty Świadczeń

1. Zajście Zdarzenia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone Ubezpieczycielowi poprzez:
 - 1) wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl lub
 - 2) przekazanie wniosku o wypłatę Świadczenia pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela
 - 3) za pośrednictwem Agenta, np. na formularzu zgłoszenia Zdarzeniaoraz dołączenie dokumentów wskazanych w OWU.
2. Zajście Zdarzenia związanego z organizacją Świadczenia Assistance medyczny powinno zostać niezwłocznie zgłoszone pod numer Centrum Alarmowego (+48 22) 264 49 29.
3. Dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia mogą być kopiami lub skanami. Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 4, 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 Ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia w terminie określonym w ust. 4 lub 5, powinien zawiadomić na piśmie o przyczynach niemożności zaspokojenia Świadczenia w całości lub w części osobę zgłaszającą Zdarzenie oraz powinien wypłacić bezsporną część Świadczenia.
7. W przypadku gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu, Ubezpieczyciel przekazuje pisemną informację osobie występującej z wnioskiem o wypłatę Świadczenia, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5. Ubezpieczyciel wskazuje okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą Zdarzenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
9. Świadczenie z tytułu z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Złamania kości, Oparzenia, Boreliozy należne jest Ubezpieczonemu.
10. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez pełnoletniego Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego w przypadku, gdy Ubezpieczony w dniu wypłaty Świadczenia jest małoletni.

art. 13. Dokumenty wymagane w celu zgłoszenia Zdarzenia

W celu zgłoszenia Zdarzenia należy przekazać Ubezpieczycielowi:

| | |
|---------------------------|---|
| z tytułu Oparzenia | <ol style="list-style-type: none">1) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy medycznej, np.: karta z izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR), pogotowia ratunkowego, oddziału chirurgii, poradni chirurgicznej zawierający informacje o stopniu i powierzchni oparzenia;2) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia zawierającą informacje o stopniu i powierzchni oparzenia;3) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego w przypadku, gdy Ubezpieczony w dniu zgłoszenia Zdarzenia jest pełnoletni;4) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego lub Opiekuna prawnego w przypadku, gdy Ubezpieczony w dniu zgłoszenia Zdarzenia jest małoletni;5) kopię aktu urodzenia Ubezpieczonego;6) inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zgłoszenia. |
| z tytułu Boreliozy | <ol style="list-style-type: none">1) dokumentację medyczną potwierdzającą usunięcie kleszcza lub zdiagnozowanie rumienia wędrownego;2) wynik testu diagnostycznego ELISA w klasie IgM I IgG;3) wynik testu Western blot;4) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia;5) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego w przypadku, gdy Ubezpieczony w dniu zgłoszenia Zdarzenia jest pełnoletni;6) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego lub Opiekuna prawnego w przypadku, gdy Ubezpieczony w dniu zgłoszenia Zdarzenia jest małoletni; |

| | |
|---|--|
| | 7) kopię aktu urodzenia Ubezpieczonego; 8) inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zgłoszenia. |
| z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku | 1) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego; 2) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy medycznej, np.: karta z izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR), pogotowia ratunkowego lub lekarza pierwszego kontaktu; 3) dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny, postanowienie prokuratury; 4) dokument, który potwierdza dopuszczenie pojazdu do ruchu oraz dokument, który potwierdza uprawnienia do kierowania pojazdem – w przypadku, gdy Ubezpieczony był prowadzącym pojazd; 5) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego w przypadku, gdy Ubezpieczony w dniu zgłoszenia Zdarzenia jest pełnoletni; 6) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego lub Opiekuna prawnego w przypadku, gdy Ubezpieczony w dniu zgłoszenia Zdarzenia jest małoletni; 7) kopię aktu urodzenia Ubezpieczonego; 8) inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zgłoszenia. |
| z tytułu Złamania kości | 1) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy medycznej, np.: karta z izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR), pogotowia ratunkowego, lub lekarza pierwszego kontaktu; 2) dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny postanowienie prokuratury; 3) dokument, który potwierdza dopuszczenie pojazdu do ruchu oraz dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do kierowania pojazdem – w przypadku, gdy Ubezpieczony był prowadzącym pojazd; 4) dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji; 5) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego w przypadku, gdy Ubezpieczony w dniu zgłoszenia Zdarzenia jest pełnoletni; 6) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego lub Opiekuna prawnego w przypadku, gdy Ubezpieczony w dniu zgłoszenia Zdarzenia jest małoletni; 7) kopię aktu urodzenia Ubezpieczonego; 8) inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zgłoszenia. |

art. 14. Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku przyczynowym z:

(Znak „X” oznacza wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela)

| | Oparzenia | Borelioza | Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku | Złamania kości |
|---|-----------|-----------|---|----------------|
| 1) działaniem Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości – czyli gdy zawartość alkoholu we krwi przekracza 0, 5‰ lub w 1 dm ³ 0,25 mg – pod wpływem narkotyków lub innych środków toksycznych lub psychoaktywnych, (tzw. dopalaczy) - z wyjątkiem leków, które są zażywane na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony | X | | X | X |
| 2) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa | X | | X | X |
| 3) czynnym udziałem Ubezpieczonego 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 | X | X | X | X |
| 4) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego | X | X | X | X |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| | energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość | | | | |
| 5) | prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu (nie dotyczy to braku aktualnych badań technicznych pojazdu, chyba że przyczyną wypadku komunikacyjnego był stan techniczny pojazdu) | × | | × | × |
| 6) | samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności | × | | × | × |
| 7) | wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych. | × | | × | × |
| 8) | złamaniem patologicznym kości zmienionych procesem chorobowym w przebiegu: pierwotnej lub wtórnej choroby nowotworowej, chorób lub wad wrodzonych, genetycznych lub dziedzicznych, osteoporozy wrodzonej lub nabytej, awitaminozy, zaburzeń hormonalnych, zaburzeń mineralizacji kości (torbiele kostne), gruźlicy kości | | | × | × |
| 9) | zdiagnozowaniem chorób, stanów chorobowych i Nieszczęśliwych wypadków związanych z uszkodzeniami ciała istniejącymi przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia, a zgłoszonych w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia | × | × | × | × |

2. W odniesieniu do Świadczeń Assistance medycznej z Ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są Zdarzenia powstałe:

- 1) poza okresem lub zakresem ubezpieczenia,
 - 2) w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu (w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) oraz w stanie po zażyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii), o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia,
 - 3) w wypadku lotniczym zaistniałym w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - 4) w wyniku jakichkolwiek roszczeń skierowanych do Ubezpieczonego przez Osoby trzecie w związku z wystąpieniem zdarzenia,
 - 5) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego lub Członka rodziny,
 - 6) umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem Ubezpieczonego lub Członka rodziny.
3. Ponadto, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa zdarzeń powstałe wskutek:
- 1) wypadków wynikających z brania udziału w zakładach, przestępstwach lub bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej i w stanie wyższej konieczności,

- 2) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów, lokautów, aktów terroryzmu lub sabotażu, powstań, rewolucji, demonstracji,
 - 3) kataklizmów naturalnych,
 - 4) reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia opadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, oddziaływania azbestu lub formaldehydu,
 - 5) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zakazu prowadzenia pojazdów mechanicznych, obsługi maszyn i przebywania na wysokościach w trakcie leczenia lekami upośledzającymi zdolność koncentracji (zgodnie z ulotką producenta).
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje kosztów leków, środków opatrunkowych.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje sytuacji, w których wymagana jest interwencja pogotowia ratunkowego, służb ratownictwa specjalistycznego (WOPR, GOPR, TOPR, itp.).
6. Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
- 1) koszty poniesione przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zgody Centrum Alarmowego nawet wówczas, jeżeli wysokość poniesionych kosztów mieści się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że powiadomienia nie dokonano z powodu Siły wyższej lub szczególnych okoliczności; w uzasadnionych przypadkach Centrum Alarmowe

- może podjąć decyzję o zwrocie Ubezpieczonemu poniesionych przez niego kosztów usług objętych ubezpieczeniem do wysokości kosztów, które Centrum Alarmowe poniosłoby organizując usługę,
- 2) następstwa zdarzeń, które miały miejsce przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Ubezpieczyciela na jakiekolwiek sankcje, w przypadku złamania zakazów, ograniczeń lub restrykcji wynikających z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub sankcji handlowych, ekonomicznych i gospodarczych wynikających z podjętych na podstawie prawa decyzji odpowiednich organów Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.
 8. Wyklucza się odpowiedzialność za ograniczenia techniczne stałe, nie leżące po stronie Centrum Alarmowego, jak brak zasięgu telefonii komórkowej oraz ograniczenia czasowe wynikające z ograniczenia świadczenia usług telekomunikacyjnych przez podmioty trzecie lub awarii w dostępie do usług telekomunikacyjnych przez Ubezpieczonego lub Centrum Alarmowe oraz w przypadku problemów technicznych wynikających z braku funkcjonalności urządzenia mobilnego, jakości połączenia, braku zasięgu i innych kwestii technicznych i komunikacyjnych z Ubezpieczonym.
 9. Centrum Alarmowe nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożność wykonania świadczeń zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Alarmowego i mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenie.
 10. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie Ochrony ubezpieczeniowej w ramach Assistance medycyny nie obejmuje zdarzeń, które miały miejsce poza terytorium RP.
 11. W odniesieniu do świadczeń medycznych:
 - 1) Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Poważne Zachorowanie było bezpośrednio lub pośrednio spowodowane:
 - a) operacjami kosmetycznymi lub plastycznymi, z wyjątkiem przypadków, gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków lub Poważnym zachorowaniem,
 - b) operacjami zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności, pobrania narządów lub tkanek do przeszczepienia,
 - c) chorobą psychiczną, depresją, zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego,
 - d) samookaleczeniem lub usiłowaniami popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa z wyjątkiem organizacji świadczenia Pomoc psychologa,
 - e) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 2) Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polegająca na organizacji usług pomocy medycznej nie ma charakteru ubezpieczenia zdrowotnego i jest wyłączona, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub Pobytu w szpitalu jest związana z:
 - a) planowym leczeniem,
 - b) koniecznością odbycia wizyt kontrolnych,
 - c) rekonwalescencją lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone,
 - d) leczeniem stomatologicznym i protetycznym,
 - e) leczeniem chorób przewlekłych,
 - f) nagłym pogorszeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej.
 - 3) Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów Odbudowy zębów stałych po Nieszczęśliwym wypadku w sytuacji:
 - a) Profilaktycznych przeglądów stomatologicznych,
 - b) stomatologii zachowawczej,
 - c) leczenia ortodontycznego protetycznego i leczenia ze względów estetycznych (wybielania zębów, usuwania kamienia nazębnego, fluoryzacji, lakowania, piaskowania),
 - d) odbudowy lub leczenia zębów mlecznych.
12. W odniesieniu do drugiej opinii medycznej
 - 1) Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa zdarzeń powstałe wskutek:
 - a) wypadków wynikających z brania udziału w zakładach, przestępstwach lub bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej i w stanie wyższej konieczności,
 - b) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych prawem uprawnień,
 - c) uczestnictwa w wyprawach i obozach survivalowych,
 - d) wykonywania pracy fizycznej za granicą,
 - e) wykonywania pracy o wysokim stopniu ryzyka,
 - f) pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa.
 - 2) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów usług powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - a) leczenia niezwiązanego z pomocą medyczną, udzieloną w przypadku Poważnego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) chorób przewlekłych, istniejących lub zdiagnozowanych przed przystąpieniem do ubezpieczenia,
 - c) chorób, z którymi związana była hospitalizacja Ubezpieczonego w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed przystąpieniem do ubezpieczenia,
 - d) helioterapii lub zabiegów ze wskazań estetycznych,
 - e) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS, wirusa HIV pozytywnego,
 - f) ciąży,

- g) leczenia przez Lekarza będącego Członkiem rodziny Ubezpieczonego,
- h) szczepień,
- i) leczenia dentyścycznego,
- j) wypadków wynikających z zabiegów lub leczenia nie uznanego w sposób naukowy i medyczny,
- k) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń Lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum Alarmowego,
- l) szkód wyrządzonych Ubezpieczonemu przez Członków rodziny.

Jeśli nie można zakończyć polubownie sporu z Ubezpieczycielem, zawsze otwarta jest droga dochodzenia roszczeń w sądzie.

Poznaj zasady dotyczące sądowego dochodzenia

art. 15. Opodatkowanie Świadczeń

1. Świadczenia z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych Świadczenia 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 2022 r., poz. 2647 z późn. zm.).
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia 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 2022 r., poz. 2587 z późn. zm.).

Możesz się do nas zwrócić w przypadku niezadowolienia z naszych usług.

Poznaj zasady składania i rozpatrywania reklamacji.

art. 16. Rozpatrywanie reklamacji

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 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, 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 udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Zapoznaj się z zasadami opodatkowania Świadczeń.

art. 17. Sąd właściwy i rozstrzygnięcie sporów

1. W sprawach nieuregulowanych w OWU i Wnioskopolisie lub Polisie mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uposażonego 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 rozstrzygnięcia sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE konsument może skorzystać z platformy internetowego rozstrzygnięcia sporów (platforma ODR), która jest dostępna pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

art. 18. 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. 19. 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. 2021 r. poz. 672) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia NNW „Plan na wypadek **Ochrona dla młodych bohaterów**” o indeksie PAH/KIDS/06/2023 zatwierdzone przez Reprezentanta zagranicznego przedsiębiorcy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce

uchwałą z dnia 16.02.2024 roku, wchodzi w życie z dniem 01.03.2024 roku.

3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.



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

Załącznik nr 1 do OWU

Tabela zawierająca szczegółowy opis Poważnych zachorowań do Ubezpieczenia NNW „Plan na wypadek Ochrona dla młodych bohaterów” o indeksie PAH/KIDS/06/2023

| Poważne zachorowanie | Opis |
|--|---|
| Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych | <p>Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych i prowadząca do wystąpienia trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazujący na bakteryjny charakter zapalenia opon i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego;</p> |
| Cukrzyca typu I, insulinozależna o ciężkim przebiegu | <p>Choroba autoimmunologiczna o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnego niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego, takich jak - przeciwciała przeciwwyspowe, przeciwinulinowe lub przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD), doprowadzająca do poważnych zaburzeń metabolicznych w postaci kwasicy ketonowej i/lub śpiączki ketonowej w okresie późniejszym niż przy pierwszej manifestacji klinicznej. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kwasicy ketonowej lub śpiączki ketonowej jako pierwszego objawu u osoby bez ustalonego rozpoznania cukrzycy.</p> |
| Dystrofia mięśniowa | <p>Dziedziczna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym objawiająca się osłabieniem mięśni wskutek ich degeneracji, zaniku, atrofii prowadzących do trwałych zaburzeń ich funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa i potwierdzone wynikiem biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ochroną objęte są postacie: i. dystrofii Duchenne’a, ii. dystrofii Becker’a, iii. obręczowo-kończynowe. Pierwsze rozpoznanie choroby w Okresie ubezpieczenia powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.</p> |
| Przeszczepienie narządów | <p>przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: i. serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub ii. szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.</p> |
| Niewydolność nerek | <p>schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.</p> |
| Utrata wzroku | <p>jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Utrata słuchu</p> <p>Łagodny guz mózgu wymagający leczenia operacyjnego I</p> | <p>ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.</p> <p>jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, co oznacza, że w lepiej słyszającym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo potwierdzona wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.</p> <p>Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgu lub opon (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (TK) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez trepanację czaszki, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. guzy przysadki, ii. guzy rdzenia, iii. krwiaki, iv. nowotwory złośliwe, v. ropnie, vi. torbiele, vii. ziarniniaki, <p>zmiany naczyniowe.</p> |
| <p>Łagodny guz mózgu wymagający leczenia operacyjnego II</p> | <p>Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrzwardówkowo, potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (TK) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez laminectomię z dostępu przedniego lub podpotylicznego, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. guzy zewnątrzoponowe, ii. guzy zlokalizowane w obrębie kręgow, gruźlica, iii. krwiaki, iv. małopomiarowe naczyniowe, v. nowotwory złośliwe, vi. ropnie, viii. torbiele, ix. urazy kręgosłupa, x. wypadnięcie krążka międzykręgowego, xi. ziarniniaki, xii. zmiany zwyrodnieniowe. |
| <p>Nowotwór</p> | <p>rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w Okresie ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki, w których materiał do badania</p> |

histopatologicznego został pobrany w Okresie ubezpieczenia, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie nowotworu przypada po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje: zespołów mielodysplastycznych, nowotworów mieloproliferacyjnych (z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej), przewlekłej białaczki limfatycznej w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta), choroby Hodgkina w pierwszym stopniu zaawansowania klinicznego (pierwszym stadium), chłoniaków w pierwszym stadium, nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych, zmian przednowotworowych, nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis), dysplazji dużego stopnia, śródnabłonkowej neoplazji szyjkowej (CIN 1,2, 3), guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości, brodawkowego mikroraka tarczycy, raka pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 - wg klasyfikacji TNM, raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (≤ 6), nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM, nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:

- i. stałej żółtaczki;
- ii. wodobrzusza;
- iii. encefalopatii wątrobowej.

Schyłkowa niewydolność wątroby

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków lub alkoholu

całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani. Całkowita utrata mowy musi występować przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami neurologicznymi, psychologicznymi lub chorobami psychicznymi.

Utrata mowy

schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:

- i. natężona pierwszo-sekundowa objętość wydechowa (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,
- ii. pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,
- iii. ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej nie wyższe niż 55 mmHg ($pO_2 \leq 55$ mmHg),
- iv. duszność spoczynkowa.

Schyłkowa niewydolność oddechowa

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa.

Ostra choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.

Zapalenie mózgu

Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęte zapalenie mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.

| | |
|---|---|
| Śpiączka | <p>Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe, doprowadzający do trwałego ubytku neurologicznego, jak również stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni (przy czym upływ 60 dni nie musi nastąpić w Okresie ubezpieczenia), niezależnie od występowania ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, zawierającej ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki wywołanej lub przedłużanej sztucznie w celach terapeutycznych oraz śpiączki powstałej wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, środków chemicznych.</p> |
| Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu | <p>Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) powstały wskutek zakażenia wywołanego obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi krążącej, objawiający się niewydolnością lub głęboką dysfunkcją narządów. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęta jest wyłącznie posocznica o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagająca leczenia na oddziale intensywnej opieki medycznej. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.</p> |
| Paraliż | <p>Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), powstała w przebiegu choroby. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta. Stwierdzenie nieodwracalnej utraty władzy w dwóch lub więcej kończynach wymaga badania lekarza specjalisty neurologa po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia (w Okresie ubezpieczenia) porażenia (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w Okresie ubezpieczenia). Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są niedowłady kończyn określone jako stopień 2, 3 lub 4 w skali Lovetta.</p> |

Załącznik nr 2 do OWU

Tabela składek do Ubezpieczenia NNW „Plan na wypadek Ochrona dla młodych bohaterów” o indeksie PAH/KIDS/06/2023

Niniejsza Tabela składek ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.03.2024 r. na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia NNW „Plan na wypadek Ochrona dla młodych bohaterów” o indeksie PAH/KIDS/06/2023.

Terminy użyte w Tabeli składek należy rozumieć zgodnie z zapisami OWU

Wysokość miesięcznej raty składki w zależności od wybranego pakietu.

| PAKIET | PODSTAWOWY | Z PLUSEM |
|--|----------------------------|----------------------------|
| POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU | 100 zł/ dzień x max 60 dni | 200 zł/ dzień x max 60 dni |
| ZŁAMANIA KOŚCI max 4 zdarzenia w ciągu Roku polisowego | 500 zł za zdarzenie | 1.000 zł za zdarzenie |
| OPARZENIA max 4 zdarzenia w ciągu Roku polisowego | 500 zł za zdarzenie | 1.000 zł za zdarzenie |
| BORELIOZA | 2.000 zł za zdarzenie | 4.000 zł za zdarzenie |
| Świadczenie Assistance medyczny | ✓ | ✓ |
| MIESIĘCZNA RATA SKŁADKI | 12 zł | 18 zł |

Załącznik nr 3 do OWU

Tabela wskazująca limit liczbowy i kwotowy Świadczenia Assistance medyczny do Ubezpieczenia NNW „Plan na wypadek Ochrona młodych bohaterów” o indeksie PAH/KIDS/06/2023

| POMOC UDZIELONA UBEZPIECZONEMU PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU LUB POWAŻNYM ZACHOROWANIU SKUTKUJĄCEJ 3-DNIOWYM POBYTEM W SZPITALU | Pakiet | |
|---|-------------|-----------------|
| | podstawowy | Pakiet z plusem |
| Wizyta lekarza (pediatry lub internisty) | 2 x 500 zł | 2 x 500 zł |
| Telefoniczna konsultacja z lekarzem (pediatra lub internista) | 3 razy | 3 razy |
| Wizyta pielęgniarki | 2 x 500 zł | 2 x 500 zł |
| Opieka domowa nad Ubezpieczonym | 48h/ 500 zł | 48h/ 500 zł |
| Korepetycje (również online) | 2 x 800 zł | 2 x 800 zł |
| Transport medyczny | 2.000 zł | 2.000 zł |
| Psycholog | 1.200 zł | 1.200 zł |
| Dostawa leków | 2 x 500 zł | 2 x 500 zł |
| Dostawa artykułów spożywczych | 2 x 500 zł | 2 x 500 zł |

| | | |
|---|--------------|-----------------|
| Organizacja i pokrycie kosztów przyjazdu i zakwaterowania członka rodziny | 1 x 1.000 zł | 1 x 1.000 zł |
| Zwrot kosztów wycieczki | 1 x 800 zł | 1 x 800 zł |
| Dostarczenie drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego po Nieszczęśliwym wypadku | 2 x 500 zł | 2 x 500 zł |
| Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji po Nieszczęśliwym wypadku | 1 x 1.500 zł | 1 x 1.500 zł |
| Badania specjalistyczne np. ultrasonografia, tomografia, rezonans (po Nieszczęśliwym wypadku) | 1 x 1.500 zł | 1 x 1.500 zł |
| Koszty leczenia (po Nieszczęśliwym wypadku), w tym odbudowa zębów stałych (po Nieszczęśliwym wypadku) | 1 x 4.000 zł | 1 x 4.000 zł |
| Infolinia medyczna | bez limitu | bez limitu |
| Concierge dla dziecka | bez limitu | bez limitu |
| Infolinia rehabilitacyjna | bez limitu | bez limitu |
| ŚWIADCZENIE ASSISTANCE NA WYPADEK UGRYZIENIA OBEJMUJE ZWROT KOSZTÓW BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH, WIZYT LEKARSKICH, ANTYBIOTYKOTERAPII PO UGRYZIENIU PRZEZ KLESZCZA LUB ZWIERZĘTA LUB OWADY INNE NIŻ KLESZCZ (PO WARUNKIEM MIN. 1-DNIOWEGO POBYTU W SZPITALU) | | |
| Zwrot kosztów badań diagnostycznych, wizyt lekarskich, antybiotykoterapii | | do 1.000 zł |
| Zwrot kosztów związanych z diagnostyką i leczeniem w przypadku ugryzienia przez zwierzęta lub owady (inne niż kleszcz), jeżeli wiązały się z co najmniej jednodniowym Pobytem w szpitalu | | do 500 zł |
| ŚWIADCZENIE ASSISTANCE DRUGA OPINA, DRUGA OPINIA MEDYCZNA KRAJOWA W PRZYPADKU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA LUB KONSULTACJA SPECJALISTY Z OŚRODKA REFERENCYJNEGO (JAKO UZUPEŁNIENIE II OPINII MEDYCZNEJ KRAJOWEJ) | | |
| II opinia medyczna krajowa w przypadku Poważnego zachorowania | | 1 raz/ 5.000 zł |
| Konsultacja specjalisty z ośrodka referencyjnego (jako uzupełnienie II opinii medycznej krajowej) | | 2 razy/ 500 zł |