

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA ŻYCIE

indeks

SANTANDER_P/CARCPL_5_1.4/2025

KONTAKT TELEFONICZNY:



+ 48 22 529 17 27

w dni robocze od **9:00** do **17:00**

ABY ZGŁOSIĆ NAM ZDARZENIE:



wypełnij zgłoszenie na stronie: **www.cardif.pl**



wyślij wypełniony formularz na nasz adres

WSTĘP

Wstęp zawiera najważniejsze informacje o ubezpieczeniu. Nie jest on treścią Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego na Życie o indeksie **SANTANDER_P/CARCPI_5_1.4/2025** (dalej: SWU). Przeczytaj dokładnie dokumenty związane z ubezpieczeniem – zwłaszcza SWU. Zapytaj o wszystko, co jest dla Ciebie niejasne.

Przedstawiamy Ci ubezpieczenie, które zapewnia spłatę zadłużenia, jeśli wystąpi zdarzenie, na które udzielamy ochrony ubezpieczeniowej. Zabezpieczysz w ten sposób siebie i swoich bliskich przed trudnościami w spłacie pożyczki. Poziom ochrony możesz wybrać w ramach jednego z dwóch pakietów.

Najważniejsze informacje		Szczegóły znajdziesz w SWU
Kogo ubezpieczamy? Ciebie, czyli osobę która bierze pożyczkę w Santander Leasing S.A.		Art. 3
Co ubezpieczamy? Twoje życie, zdrowie. W tym ubezpieczeniu wybierasz jeden z dwóch pakietów ochrony: pakiet podstawowy lub pakiet rozszerzony. Informacje o tym, jaki masz pakiet i zakres ubezpieczenia znajdziesz w dokumencie potwierdzającym przystąpienia do ubezpieczenia – w Deklaracji ubezpieczeniowej.		Art. 2
Kiedy wypłacimy pieniądze z ubezpieczenia? Zazwyczaj do 30 dni od otrzymania przez nas zgłoszenia o zdarzeniu.		Art. 13
Kiedy nie będziemy mogli wypłacić świadczenia? Zdarzają się sytuacje, w których nie możemy wypłacić świadczenia – między innymi wtedy, gdy zdarzenie będzie wiązało się z działaniami wojennymi, przestępstwem, samobójstwem (w ciągu roku od dnia Objęcia ochroną ubezpieczeniową), skażeniem chemicznym. Wszystkie takie sytuacje (czyli wyłączenia) opisujemy w art. 14 SWU. To bardzo ważny fragment SWU – prosimy, przeczytaj go uważnie.		Art. 14
Czy możesz zrezygnować z ubezpieczenia? Oczywiście – w każdej chwili. W takim przypadku potrzebujemy Twojego pisemnego oświadczenia w tej sprawie. Twoja ochrona zakończy się od dnia wskazanego w SWU.		Art. 5
Jaki pakiet możesz wybrać? Od wybranego przez Ciebie pakietu zależy zakres świadczeń assistance z których możesz skorzystać. Wybierz pakiet, który najlepiej Ciebie zabezpieczy.		Art. 2
OPIS UBEZPIECZENIA I ZAKRESU PAKIETÓW		
Jeśli trafis do szpitala na co najmniej 3 dni.	wypłacimy do 6 świadczeń miesięcznych na zdarzenie, maksymalnie do 12 świadczeń miesięcznych w całym okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej (nie więcej niż 6 000 zł za każde świadczenie miesięczne - maksymalnie 72 000 zł).	Art. 10 i Art. 11
Jeśli czasowo utracisz zdolność do wykonywania pracy i będziesz przebywać na zwolnieniu lekarskim powyżej 30 dni	wypłacimy do 6 świadczeń miesięcznych na zdarzenie, maksymalnie do 12 świadczeń miesięcznych w całym okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej (nie więcej niż 6 000 zł za każde świadczenie miesięczne – maksymalnie 72 000 zł).	

Jeśli poważnie zachorujesz	- wypłacimy 100% kapitału pożyczki pozostałego do spłaty zgodnie z harmonogramem (maksymalnie 700 000 zł). Listę chorób, za które wypłacimy świadczenie w wysokości 100% kapitału pożyczki znajdziesz w art. 10 ust.4 SWU. - wypłacimy 50% kapitału pożyczki pozostałego do spłaty zgodnie z harmonogramem (maksymalnie 350 000 zł). Listę chorób, za które wypłacimy świadczenie w wysokości 50% kapitału pożyczki znajdziesz w art. 10 ust.5 SWU.	
Jeśli ulegniesz całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji.	wypłacimy 100% kapitału pożyczki pozostałego do spłaty zgodnie z harmonogramem (maksymalnie 700 000 zł).	
W razie Twojej śmierci	wypłacimy 100% kapitału pożyczki pozostałego do spłaty zgodnie z harmonogramem (maksymalnie 700 000 zł).	
W razie Twojej śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku.	wypłacimy 100% kapitału pożyczki pozostałego do spłaty zgodnie z harmonogramem (maksymalnie 700 000 zł).	
Jeśli zechcesz skorzystać ze świadczenia assistance rehabilitacja	PAKIET PODSTAWOWY	PAKIET ROZSZERZONY
	po chorobie, w wyniku której jesteś przynajmniej 3-dni w szpitalu, lub po nieszczęśliwym wypadku, to Centrum operacyjne zajmie się organizacją i pokryciem kosztów następujących świadczeń: • transportem do placówki medycznej – do 1 000 zł • transportem między placówkami medycznymi – do 1 000 zł • transportem z placówki medycznej – do 1 000 zł • wypożyczeniem lub zakupem sprzętu rehabilitacyjnego – do 1 000 zł • dostarczeniem sprzętu rehabilitacyjnego – do 1 000 zł • rehabilitacji – do 2 000 zł • wizyt pielęgniarki – do 10 wizyt • infolinii medycznej	
Jeśli zechcesz skorzystać ze świadczenia assistance medyczny	NIE DOTYCZY PAKIETU PODSTAWOWEGO	po chorobie, w wyniku której jesteś przynajmniej 3-dni w szpitalu, lub po nieszczęśliwym wypadku, Centrum operacyjne zajmie się organizacją i pokryciem kosztów następujących świadczeń: • konsultacji z lekarzem specjalistą • USG • tomografii komputerowej • rezonansu magnetycznego

Art. 12

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie o indeksie SANTANDER_P/CARCPI_5_1.4/2025

Ten dokument to Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie o indeksie **SANTANDER_P/CARCPI_5_1.4/2025** (dalej: SWU). Zachęcamy Cię do zapoznania się z ich treścią. Z SWU dowiesz się:

- co obejmuje Twoje ubezpieczenie,
- w jaki sposób uzyskać świadczenie lub świadczenie miesięczne oraz
- jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu Twojego wniosku.

Chcemy, aby SWU były dla Ciebie jak najbardziej zrozumiałe, dlatego napisaliśmy je w standardzie prostego języka.

W SWU zwracamy się do Ciebie – jako Ubezpieczonego – per Ty. W tym ubezpieczeniu jesteś Ubezpieczonym, czyli osobą, którą obejmujemy ochroną. Ubezpieczonych może być jednak więcej.

Ważne, żebyś jako Ubezpieczony przeczytał dokładnie SWU, zanim przystąpisz do umowy ubezpieczenia. Pozostali Ubezpieczeni również mają obowiązek zapoznać się z tym dokumentem, zanim obejmiemy ich ochroną ubezpieczeniową.

Pojęcia, które zapisujemy wielką literą, zdefiniowaliśmy w słowniku – w art. 1 SWU. Oznacza to, że pojęcia te mają takie znaczenie, jakie nadaliśmy im w tych definicjach – a nie na przykład w słowniku języka polskiego lub w potocznym rozumieniu. Przy treściach SWU, które są szczególnie istotne, dodaliśmy nagłówki „**Ważne!**”. Te treści należą do SWU – są ich formalną częścią.

Dodaliśmy także treści w ramkach z nagłówkami: „**Przykłady**” oraz „**Dodatkowe informacje**”. Te ramki **nie są** formalną częścią SWU – mają jedynie wyjaśnić dane zagadnienie.

Ważne!

W tych ramach zwracamy Twoją uwagę na istotne fragmenty SWU.

Te treści należą do SWU – są ich formalną częścią.

Przykłady

W tych ramach na przykładach: na liczbach lub datach wyjaśniamy, jak należy rozumieć dany fragment SWU.

Te przykłady nie są formalną częścią SWU.

Dodatkowe informacje

W tych ramach dodajemy pomocne informacje.

Nie są one formalną częścią SWU.

W SWU zostawiamy w rodzaju męskim: formy ustawowe, funkcje, zawody, stanowiska, role oraz stany (np. Ubezpieczony). Zdecydowaliśmy się na taką praktykę jedynie dlatego, by nie stosować podwójnych form.

Poniższa tabela zawiera odesłanie do SWU. Tabelę prezentujemy zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 656 z późn. zm.).g

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	art. 2 ust.2 w związku z art.1 pkt 1, 4, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 31, 32, 33, 39 art. 4 w związku z art. 1 pkt 1, 3, 4, 11,14, 15,16, 18, 20,22, 24, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39 art.10 w związku z art.1 pkt 1, 3, 4, 8, 9,10, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 45 art. 11 w związku z art.1 pkt 1, 3, 4, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 45
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art.7 ust.3 w związku art. 1 pkt 9, 34, 37, 38, 39 art.14 w związku z art.1 pkt 9, 15, 34, 35, 36, 37, 38, 39

ART 1.

Definicje, czyli jakie pojęcia zapisujemy od wielkich liter

Poniżej wyjaśniamy znaczenia pojęć, które zapisujemy wielką literą w SWU i pozostałych dokumentach dotyczących Ochrony ubezpieczeniowej

- 1) **Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji** – stan, który spełnia wszystkie poniższe warunki:
 - a) jest następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) uniemożliwia Ubezpieczonemu wykonywanie jakiejkolwiek pracy zarobkowej,
 - c) jest potwierdzony Orzeczeniem
- 2) **Centrum operacyjne** – nasz przedstawiciel, który organizuje Świadczenia Assistance Rehabilitacja lub Świadczenia Assistance Medyczny
- 3) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub w całym organizmie i która wystąpiła w okresie naszej odpowiedzialności
- 4) **Czasowa niezdolność do pracy** – stan, który spełnia wszystkie poniższe warunki:
 - a) jest następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) uniemożliwia Ubezpieczonemu wykonywanie jakiejkolwiek pracy zarobkowej nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni z tej samej przyczyny,
 - c) jest potwierdzony zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy,
 - d) uprawnia Ubezpieczonego do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego w okresie braku możliwości wykonywania pracy
- 5) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – oświadczenie woli przystąpienia do ubezpieczenia. Taką deklarację składa każdy Ubezpieczony
- 6) **Dokument uzupełniający** – dokument, który zostanie dodany do Umowy Pożyczki, jeśli wartość Umowy Pożyczki w dniu uruchomienia Pożyczki będzie się różniła od wartości z dnia podpisania Umowy Pożyczki.
- 7) **Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy
- 8) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** –

- a) w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia wraz z podpisaniem Umowy Pożyczki – dzień uruchomienia Pożyczki, jednak nie wcześniej niż następny dzień po dniu złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej
- b) w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy Pożyczki – dzień następny po dniu złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej
- 9) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień, w którym Ty (jako Ubezpieczony) składasz oświadczenie, że chcesz przystąpić do ubezpieczenia. Takie oświadczenie woli ma formę Deklaracji ubezpieczeniowej. Dzień przystąpienia do ubezpieczenia nie może wystąpić wcześniej niż dzień zawarcia Umowy Pożyczki
- 10) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
- a) w przypadku Śmierci lub Śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – to data śmierci wpisana w akcie zgonu
- b) w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji – to dzień wpisany w Orzeczeniu albo (jeśli Orzeczenie nie zawiera takiej daty) dzień wydania Orzeczenia
- c) w przypadku jednego z poniższych Poważnych zachorowań, czyli:
- Anemia aplastyczna, Choroba Alzheimera, Choroba Parkinsona, Choroba reumatyczna serca, łagodny guz mózgu, Niewydolność nerek, Nowotwór złośliwy, Schyłkowa niewydolność wątroby, Stwardnienie rozsiane, Śpiączka, Udar mózgu, Utrata kończyn, Utrata mowy, Utrata słuchu, Utrata wzroku, Zawał serca – to dzień, w którym lekarz wydał diagnozę,
 - Angioplastyka wieńcowa, Operacja aorty, Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (tzw. by pass) – to dzień, w którym został przeprowadzony zabieg,
 - Przeszczepienie narządów – to dzień, w którym Ubezpieczony został zakwalifikowany do przeszczepienia narządu i wpisany na listę biorców,
- d) w przypadku Pobytu w Szpitalu – to udokumentowany dzień przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala,
- e) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy – to pierwszy dzień niezdolności do pracy wpisany w zaświadczeniu lekarskim
- 11) **Harmonogram** – dokument, na podstawie którego ustalimy wysokość Świadczenia i Świadczenia miesięczne, w którym znajduje się: wysokość Rat Pożyczki, dni płatności Rat Pożyczki i który wystawia Pożyczkodawca do Umowy Pożyczki.
- a) dla ubezpieczeń, które jako Pożyczkobiorca dokupujesz, gdy zawierasz Umowę Pożyczki.
- W przypadku **Pożyczki standardowej** – w którym bierzesz przedmioty gotowe i/lub w którym płacisz równe raty miesięczne – Harmonogramem będzie harmonogram spłat Pożyczki z dnia zawarcia Umowy Pożyczki. Jeśli został sporządzony Dokument uzupełniający, Harmonogramem będzie harmonogram spłat Pożyczki wskazany w Dokumencie uzupełniającym.
 - W przypadku **Pożyczki niestandardowej** – w którym bierzesz zamawiane przedmioty i/lub w którym płacisz nieregularne raty – Harmonogramem będzie „techniczny” harmonogram spłat. Kwoty w nim zawarte obliczymy w następujący sposób: kwotę Pożyczki na dzień zawarcia Umowy Pożyczki podzielimy przez liczbę miesięcy od dnia uruchomienia Umowy Pożyczki do końca trwania Pożyczki. Jeśli został sporządzony Dokument uzupełniający, obowiązującą kwotą Pożyczki przyjętą do obliczeń będzie kwota wskazana w Dokumencie uzupełniającym.
- b) dla ubezpieczeń, które jako Pożyczkobiorca dokupujesz w trakcie trwania Umowy Pożyczki.
- W przypadku **Pożyczki standardowej** – w którym bierzesz przedmioty gotowe i/lub w którym płacisz równe raty miesięczne – Harmonogramem będzie harmonogram spłat Pożyczki z Dnia przystąpienia do ubezpieczenia,
 - W przypadku **Pożyczki niestandardowej** – w którym bierzesz zamawiane przedmioty i/lub w którym płacisz nieregularne raty – Harmonogramem będzie „techniczny” harmonogram spłat. Kwoty w nim zawarte obliczymy w następujący sposób: kwotę Pożyczki, która pozostała do spłaty na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia podzielimy przez liczbę miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia do końca trwania Pożyczki.
- Harmonogram będzie zawsze wyrażony w złotych. Jeśli waluta Umowy Pożyczki jest inna, dokonamy przeliczenia na złote po średnim kursie NBP dla danej waluty z Dnia przystąpienia do ubezpieczenia
- 12) **Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego na skutek Zdarzenia, niebędący członkiem rodziny Ubezpieczonego
- 13) **Lekarz zaufania** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza, wskazana przez nas lub przez placówkę, która z nami współpracuje
- 14) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie poniższe warunki:
- a) powstało w czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej,
- b) zostało spowodowane wyłącznie czynnikiem zewnętrznym,
- c) było nagłe oraz
- d) nie zależało od woli lub stanu zdrowia Ubezpieczonego
- 15) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona, której udzielamy Ubezpieczonemu. Polega na tym, że wypłacimy Świadczenie lub Świadczenie miesięczne w okolicznościach i zgodnie ze SWU
- 16) **Okres ubezpieczenia** – okres, w którym udzielamy Ci Ochrony ubezpieczeniowej. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do dnia wskazanego w Umowie Pożyczki zgodnie z Harmonogramem spłat i nie dłużej niż do dnia, w którym nasza Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie – piszemy o tym w art. 3 i 4 SWU
- 17) **Opłata wstępna** – pierwsza opłata wskazana w Umowie Pożyczki
- 18) **Orzeczenie** – jeden z następujących dokumentów: opinia Lekarza zaufania, prawomocne orzeczenie lekarskie lub wyrok sądu, który spełnia wszystkie poniższe warunki:
- a) został wydany zgodnie z polskim prawem o emeryturach i rentach,
- b) został wydany przez lekarza orzecznika ZUS-u, lekarza rzeczoznawcę KRUS-u, komisję lekarską, Lekarza zaufania lub sąd,
- c) dotyczy stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- d) orzeka o:
- całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy przez co najmniej rok (sumujemy orzeczenia na krótsze okresy, jeśli pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie było przerwy) – dotyczy Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według polskiego prawa,
 - niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki nad nim innej osoby przez co najmniej rok (sumujemy orzeczenia na krótsze okresy, jeśli pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie było przerwy) – dotyczy Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według polskiego prawa
- 19) **Placówka medyczna** – podmiot, który spełnia wszystkie poniższe warunki:

- a) świadczy całodobowe, całodziennie lub doraźne leczenie lub opiekę medyczną, lub wykonuje zabiegi chirurgiczne
- b) zatrudnia kadrę pielęgniarską i lekarską,
- c) prowadzi działalność leczniczą w Polsce,
- d) działa na podstawie przepisów prawa.

Placówką medyczną nie są: hospicja, ośrodki leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, ośrodki opieki społecznej, ośrodki wypoczynkowe i SPA, sanatoria

20) Pobyt w Szpitalu – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, który spełnia wszystkie poniższe warunki:

- a) ma na celu leczenie Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
- b) służy zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego,
- c) jest potwierdzony dokumentacją medyczną,
- d) trwa przynajmniej 3 dni. Długość Pobytu w Szpitalu obliczamy jako różnicę pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala

Przykład na danych

Z karty informacyjnej leczenia szpitalnego wynika, że Pan Karol przebywał w Szpitalu od 15 lipca do 19 lipca. Oznacza to, że różnica między datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala wynosi 4 dni. Świadczenia za Pobyt w Szpitalu wyliczymy zgodnie z art. 11

21) Poradnia rehabilitacyjna – działający zgodnie z przepisami prawa zakład opieki zdrowotnej, który:

- a) przeprowadza zabiegi rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych – w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach wyposażonych w odpowiednią infrastrukturę, oraz
- b) zatrudnia wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza

Ważne!

Poradniami rehabilitacyjnymi nie są: domy opieki, hospicja, ośrodki wypoczynkowe, wszelkie ośrodki zajmujące się leczeniem alkoholizmu i innych uzależnień

22) Poważne zachorowanie – wyłącznie zdarzenia lub Choroby opisane poniżej:

- a) **Anemia aplastyczna** – przewlekła nieodwracalna niewydolność szpiku, która powoduje wystąpienie (łącznie) niedokrwistości, trombocytopenii i granulocytopenii oraz która wymaga regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
 - przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
 - leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - przeszczepienie szpiku kostnego.
 Anemię aplastyczną potwierdza hematolog
- b) **Angioplastyka wieńcowa** – leczenie po raz pierwszy zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu: angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod. Przeprowadzenie takiej angioplastyki musi spełniać wszystkie poniższe warunki:
 - angioplastyka jest uzasadniona medycznie na podstawie zalecenia kardiologa,
 - istnieje angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej
- c) **Choroba Alzheimera** – przewlekła i postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, która objawia się zaburzeniami pamięci, zaburzeniami zachowania, częstymi zmianami nastroju, zaburzeniami orientacji w czasie i przestrzeni. Chorobę Alzheimera musi rozpoznać neurolog, geriatra lub psychiatra na podstawie:
 - udokumentowanych danych klinicznych oraz
 - wyniku testu MMSE (Mini-Mental State Examination) lub równoważnego wyniku innego standaryzowanego testu, który służy do rozpoznania tej choroby.

Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają:

- ✗ inne choroby ani zaburzenia psychiczne, w tym choroby, które są następstwem nadużywania alkoholu lub używania substancji odurzających lub narkotyków

- d) **Choroba Parkinsona** – przewlekła i postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, która powoduje trwałe i nieodwracalne ubytki neurologiczne wynikające z zaniku komórek nerwowych odpowiedzialnych za funkcje ruchowe. Choroba Parkinsona musi być rozpoznana przez neurologa, psychiatrę lub geriatrę i powodować wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:

- drżenie spoczynkowe,
- spowolnienie ruchowe,
- zwiększone napięcie mięśni.

Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają:

- ✗ zespoły parkinsonowskie wywołane przez leki lub substancje toksyczne, narkotyki, nadużywanie alkoholu ani
- ✗ parkinsonizm pozapalny i pourazowy

- e) **Choroba reumatyczna serca** – choroba będąca powikłaniem gorączki reumatycznej wywołanej infekcją paciorkowcową, w której dochodzi do uszkodzenia zastawek serca i rozwoju nabytych wad zastawkowych serca. Ochronie podlegają wyłącznie takie przypadki Choroby reumatycznej serca, w przebiegu których Ubezpieczony został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego polegającego na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca.

Rozpoznanie Choroby reumatycznej serca i kwalifikacja do leczenia operacyjnego, o którym mowa powyżej muszą wystąpić w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i być potwierdzone przez kardiologa lub kardiochirurga.

- f) **Łagodny guz mózgu** – każdy rodzaj nowotworu mózgu, który spełnia wszystkie poniższe warunki:

- nie jest złośliwy,
- potwierdził go neurolog lub neurochirurg lub onkolog,
- wymaga usunięcia lub (jeśli operacja nie jest możliwa) powoduje trwałe ubytki neurologiczne.

Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają:

- ✗ krwaki, ziarniaki, cysty, torbiele, guzy zapalne, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych
- g) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek, gdy konieczne są: dializoterapia lub przeszczep nerki.
- h) **Nowotwór złośliwy** – inaczej: rak lub guz złośliwy, którego komórki wzrastają w sposób niekontrolowany i powodują naciekanie oraz niszczenie prawidłowych tkanek. Diagnozę musi potwierdzić badanie histopatologiczne. Nowotworem złośliwym jest także białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa (inaczej: choroba Hodgkina), złośliwy nowotwór szpiku kostnego oraz nowotwór skóry, który powoduje powstawanie przerzutów.

Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają:

- ✗ zmiany przedrakowe, dysplazje nabłonkowe ani rak nieinwazyjny (łac. Carcinoma in situ),
- ✗ wczesny rak gruczołu krokowego – T1 według klasyfikacji TNM, w tym T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
- ✗ czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1a =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.,
- ✗ nadmierne rogowacenie skóry, podstawnokomórkowy rak skóry ani kolczystokomórkowy rak skóry,
- ✗ nowotwory współistniejące z HIV,
- ✗ wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy – T1 wg klasyfikacji TNM, w tym T1a i T1b lub odpowiadające im stopnie zaawansowania wg innej klasyfikacji,
- ✗ ziarnica złośliwa (inaczej: choroba Hodgkina) w pierwszym stadium,
- ✗ przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania niższym niż 3 według klasyfikacji Rai
- i) **Operacja aorty** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym z powodu wystąpienia tętniaków i rozwarstwienia aorty. Aortę definiujemy jako jej odcinek piersiowy i brzuszny – bez jej odgałęzień.

Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają:

- ✗ zabiegi, które polegają na wprowadzeniu stentu do aorty lub które dotyczą wad wrodzonych
- j) **Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (wszczepienie by-passów)** – operacja kardiochirurgiczna, która ma zlikwidować zwężenie lub niedrożność jednej lub więcej tętnic wieńcowych.

Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełnia:

- ✗ angioplastyka ani inne zabiegi na tętnicach wieńcowych, które wykonuje się od strony światła tętnicy wieńcowej z wykorzystaniem techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowej
- k) **Przeszczepienie narządu** – operacja przeszczepienia narządu Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie go na listę oczekujących na przeszczepienie. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje przeszczepienie następujących narządów:
 - serce,
 - płuco,
 - wątroba,
 - nerka,
 - trzustka lub
 - szpik kostny
- l) **Schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby, w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby - niewydolność, która powodują co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - trwała żółtaczka,
 - żylaki przełyku,
 - encefalopatia wrotna.

Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają:

- ✗ choroby wątroby, które powstały w wyniku nadużywania alkoholu, leków i środków bez zalecenia lekarza
- m) **Stwardnienie rozsiane** – zespół mnogich ubytków neurologicznych, który spełnia wszystkie poniższe warunki:
 - został wywołany demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego,
 - został rozpoznany ostatecznie przez neurologa,
 - był poprzedzony więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych które są dowolną kombinacją uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia
- n) **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, który spełnia wszystkie poniższe warunki:
 - trwa w sposób ciągły,
 - wymaga stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin,
 - powoduje trwałe ubytek neurologiczny potwierdzony przez specjalistę w zakresie neurologii.

Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają przypadki:

- ✗ które wynikają z użycia alkoholu, narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych oraz leków zażytych niezgodnie z zaleceniami lekarza,
- ✗ śpiączki farmakologicznej – czyli stanu kontrolowanego głębokiego znieczulenia, w który wprowadza się pacjenta celowo, aby prowadzić wentylację mechaniczną oraz ograniczać jego ból
- o) **Udar mózgu** – nagłe i trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej z powodu wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem, który pochodzi z układu krwionośnego. Skutkami udaru mózgu są deficyty neurologiczne, które trwają co najmniej 24 godziny i są potwierdzone badaniem lekarskim. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia tkanki mózgowej w następstwie udaru mózgu potwierdza badanie neurologa i wynik tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonane co najmniej 8 tygodni po wystąpieniu pierwszych objawów udaru.

Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają:

- ✗ epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA),
- ✗ udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego,
- ✗ udar niedokrwienno-mózgowy jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i (lub) krążenia,
- ✗ zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem

p) **Utrata kończyny** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej jednej kończyny. W przypadku amputacji ubezpieczenie obejmuje:

- w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawu skokowego lub powyżej,
- w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub powyżej

q) **Utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia, która trwa nieprzerwanie co najmniej 6 miesięcy i którą potwierdził specjalista w zakresie laryngologii na podstawie wystąpienia zmian łańcuchów głosowych.

Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełnia:

- ✗ utrata mowy spowodowana: schorzeniami psychicznymi,
- ✗ udarem mózgu, zawałem lub krwotokiem mózgowym

r) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach. Rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa.

s) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez okulistę z ośrodka, który prowadzi leczenie.

t) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego, która powstała z powodu ostrego niedokrwienia obszaru mięśnia sercowego. Zawał serca diagnozuje uprawniony lekarz na podstawie bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB).

23) **Pożyczka** – kwota zobowiązania, którą jako Pożyczkobiorca zobowiązujesz się zapłacić Pożyczkodawcy na podstawie Umowy Pożyczki

24) **Pożyczkobiorca** – osoba prawna, jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, wspólnicy spółki cywilnej

25) **Pożyczkodawca (Ubezpieczający)** – Santander Leasing S.A., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kolorowej 8 (kod pocztowy: 60-198)

26) **Rata Pożyczki** – kwota, którą jako Pożyczkobiorca masz obowiązek zapłacić Pożyczkodawcy za dany miesiąc trwania Umowy Pożyczki. Wysokość Raty Pożyczki i termin jej spłaty znajdziesz w Harmonogramie załączonym do Umowy Pożyczki (dotyczy to również „technicznego” harmonogramu)

27) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi za udzielenie Ochrony ubezpieczeniowej. Składkę przeznaczamy m.in. na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego i kosztów wykonywania naszej działalności

28) **Spółka** – spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka komandytowo-akcyjna, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, spółka akcyjna, wpisana do odpowiedniego rejestru lub spółka cywilna;

29) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, który umożliwi Ci samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jewetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy

30) **Suma ubezpieczenia** – maksymalna kwota, jaką możemy wypłacić w ramach naszej odpowiedzialności. Kwotę tę dla poszczególnych Zdarzeń znajdziesz w art. 10 SWU

31) **Szpital** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, który spełnia wszystkie poniższe warunki:

- a) działa zgodnie z obowiązującym prawem, na terenie Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii albo państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego,
- b) służy całodobowej opiece medycznej nad chorymi i ich leczeniu,
- c) dysponuje zapleczem diagnostycznym i leczniczym,
- d) zapewnia 24-godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym,
- e) utrzymuje stałe miejsca szpitalne dla pacjentów,
- f) prowadzi i gromadzi dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną.

Ważne!

Szpitalami nie są: domy opieki, hospicja, ośrodki zajmujące się leczeniem alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodki sanatoryjne, szpitale sanatoryjne, zakłady leczenia uzdrowiskowego, ośrodki wypoczynkowe – nawet jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala

32) **Śmierć** – zgon Ubezpieczonego

33) **Śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła:

- a) zanim minęło 180 dni od Nieszczęśliwego wypadku oraz
- b) w związku przyczynowym z Nieszczęśliwym wypadkiem.

34) **Świadczenie** – kwota, którą wypłacamy, kiedy wystąpi Zdarzenie:

- a) Śmierć,
- b) Śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
- c) Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji,
- d) Poważne zachorowanie

35) **Świadczenia Assistance Rehabilitacja** – pomoc, jakiej Centrum operacyjne udziela Tobie po Chorobie, w wyniku której był konieczny przynajmniej 3-dniowy Pobyt w Szpitalu, lub po Nieszczęśliwym wypadku. Zakres tego świadczenia opisujemy w art. 12 ust. 2 SWU

36) **Świadczenia Assistance Medyczny** – pomoc, jakiej Centrum operacyjne udziela Tobie po Chorobie, w wyniku której był konieczny przynajmniej 3-dniowy Pobyt w Szpitalu, lub po Nieszczęśliwym wypadku. Zakres tego świadczenia opisujemy w art. 12 ust. 3 SWU

37) **Świadczenie miesięczne** – kwota, którą wypłacamy, jeśli wystąpi Zdarzenie:

- a) Pobyty w Szpitalu lub
- b) Czasowa niezdolność do pracy

Jest równe jednej Racie Pożyczki – zgodnie z Harmonogramem. W przypadku Pożyczki niestandardowej z nieregularnymi ratami, tę Rate Pożyczki liczymy na podstawie „technicznego” harmonogramu i zaokrąglamy ją w górę do pełnych 100 zł

38) **Ubezpieczający (Pożyczkodawca)** – Santander Leasing S.A., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kolorowej 8 (kod pocztowy: 60-198)

39) **Ubezpieczony (Ty)** – Osoba wskazana w Deklaracji ubezpieczeniowej. Ubezpieczonym może być wyłącznie:

- a) Osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą- kiedy jest Pożyczkobiorcą,
- b) Wspólnicy spółki cywilnej, spółki jawnej lub spółki partnerskiej, będący osobami fizycznymi - kiedy Pożyczkobiorcą jest spółka cywilna, spółka jawna lub spółka partnerska,
- c) Członkowie zarządu spółki z o.o lub spółki akcyjnej- kiedy Pożyczkobiorcą jest spółka z o.o. lub spółka akcyjna

40) **Ubezpieczyciel (my)** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78 (kod pocztowy: 00-844),

41) **Umowa Pożyczki** – umowa, którą zawierasz z Pożyczkodawcą na podstawie wewnętrznych regulacji Pożyczkodawcy. W ramach jednej Umowy Pożyczki możemy udzielić Ochrony ubezpieczeniowej nie więcej niż czterem Ubezpieczonym

42) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, którą zawarliśmy z Ubezpieczającym, polisa numer SANTANDER-UG-UR-01

43) **Uposażony** – osoba, która ma prawo otrzymać Świadczenie w przypadku Śmierci lub Śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Wskazujesz Uposażonego w Deklaracji Ubezpieczeniowej. Jeśli tego nie zrobisz, wypłacimy Świadczenie Uposażonym według zasad i kolejności ustalonej w SWU

44) **Uprawniony** – osoba, która ma prawo otrzymać Świadczenie, lub Świadczenie miesięczne, jeśli Ubezpieczony doświadczy Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji, Czasowej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania lub Pobytu w Szpitalu. Ubezpieczony wskazuje Uprawnionego w Deklaracji ubezpieczeniowej

45) **Zdarzenie** – Śmierć, Śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji, Poważne zachorowanie, Czasowa niezdolność do pracy, Pobyt w Szpitalu, które wystąpiły w Okresie ubezpieczenia i z powodu których masz prawo złożyć wniosek o Świadczenie, Świadczenie miesięczne lub możesz skorzystać ze Świadczenia Assistance Medyczny lub Świadczenia Assistance Rehabilitacja



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

ART 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. W ramach **pakietu podstawowego lub pakietu rozszerzonego** ubezpieczamy życie i zdrowie Ubezpiezonego. Jest to przedmiot ubezpieczenia.
2. Zakres Ochrony ubezpieczeniowej zależy od wybranego pakietu i obejmuje:
 - a) w pakiecie podstawowym:
 - Śmierć,
 - Śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - Całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji,
 - Poważne zachorowanie (lista Poważnych zachorowań znajduje się w art. 1 ust. 22) SWU,
 - Pobyt w Szpitalu,
 - Czasową niezdolność do pracy,
 - Świadczenia Assistance Rehabilitacja
 - b) w pakiecie rozszerzonym:
 - Śmierć,
 - Śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - Całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji,
 - Poważne zachorowanie (lista Poważnych zachorowań znajduje się w art. 1 ust. 22) SWU,
 - Pobyt w Szpitalu,
 - Czasową niezdolność do pracy,
 - Świadczenia Assistance Rehabilitacja,
 - Świadczenia Assistance Medyczny
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Śmierci, Śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania obowiązuje na całym świecie – nie zależy od miejsca Twojego pobytu.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji, Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu obowiązuje na terenie:
 - a) Unii Europejskiej,
 - b) Wielkiej Brytanii,
 - c) Szwajcarii oraz
 - d) państw, które należą do Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
5. Ubezpieczony uprawniony jest do korzystania ze Świadczenia Assistance Rehabilitacja, Świadczenia Assistance Medyczny na terenie Polski.

ART 3.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która spełnia wszystkie poniższe warunki:
 - a) ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 65 lat,
 - b) zawarła z Pożyczkodawcą Umowę Pożyczki, w której suma opłat pomniejszona o Opłatę wstępną nie przekracza 700 000 zł lub równowartości tej kwoty wyrażonej w walucie obcej, w której Pożyczkodawca udziela Pożyczki, po średnim kursie dla danej waluty ogłoszonym w tym dniu zgodnie z tabelą NBP,
 - c) podpisze Deklarację ubezpieczeniową
2. W przypadku, gdy stroną Umowy Pożyczki jest:

- 1) spółka cywilna, spółka jawna lub spółka partnerska - Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy wspólnicy będący osobami fizycznymi, którzy pozostawali wspólnikami co najmniej 6 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia
- 2) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółka akcyjna - Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy członkowie zarządu, którzy zajmują dane stanowisko przez okres co najmniej 6 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia.
3. Ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy Pożyczki powinny zostać objęte wszystkie osoby, o których mowa w ust. 2 - o ile spełnią warunki z ust. 1.

ART 4.

ILE TRWA NASZA OCHRONA

1. Udzielamy Ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z Okresem ubezpieczenia.
2. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się:
 - a) w przypadku **Śmierci, Śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Poważnego zachorowania, Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji** - od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej - jeśli Czasową niezdolność do pracy spowodował Nieszczęśliwy wypadek - lub
 - po 30 dniach od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej - jeśli Czasową niezdolność do pracy spowodowała Twoja Choroba
 - c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej - jeśli Pobyt w Szpitalu nastąpił w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - po 30 dniach od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej - jeśli Pobyt w Szpitalu nastąpił w wyniku Twojej Chorobypod warunkiem opłacenia Składek.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygaśnie:
 - a) w dniu jego Śmierci,
 - b) w Dniu zajścia Zdarzenia - jeśli przyznamy Świadczenie - dotyczy to Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji oraz Poważnego zachorowania wyliczonego zgodnie z art. 10 ust 4 SWU,
 - c) w dniu, w którym przyznamy Świadczenie miesięczne w wysokości maksymalnej liczby Rat Pożyczki z tytułu Pobytu w Szpitalu, lub Czasowej niezdolności do pracy w zakresie tych ryzyk - tę liczbę wskazujemy w art. 10 ust. 7 lub 8 SWU,
 - d) w ostatnim dniu miesiąca, w którym ukończy 65 lat,
 - e) w dniu, w którym osiągnie wiek uprawniający do otrzymania emerytury - dotyczy to ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych będących stroną jednej Umowy Pożyczki wygaśnie w dniu, w którym jako pierwsza wystąpi któraś z poniższych sytuacji:
 - a) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia,
 - b) po 121 miesiącach od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia,
 - c) w dniu, w którym odstąpisz od Umowy Pożyczki,
 - d) z dniem cesji praw i obowiązków Umowy Pożyczki,
 - e) z ostatnim dniem miesiąca, w którym otrzymamy od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej,
 - f) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Pożyczki,
 - g) w dniu całkowitej spłaty Umowy Pożyczki

ART. 5

REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Masz prawo zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym momencie. Wystarczy, że przekażesz nam pisemne oświadczenie w tej sprawie. Możesz to również zrobić u Ubezpieczającego - w tym przypadku uznamy dokument za dostarczony nam w momencie, w którym Ubezpieczający go otrzyma.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa ostatniego dnia miesiąca, w którym otrzymamy - my lub Ubezpieczający - rezygnację z tej ochrony.

ART. 6.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający ma obowiązek:
 - 1) opłacić Składkę - zasady znajdziesz w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia,
 - 2) przekazać Ci SWU - zanim zgodzisz się, abyśmy objęli Cię Ochroną ubezpieczeniową,
 - 3) udostępnić Ci nasze dane, jeśli chcesz zgłosić wniosek o wypłatę Świadczenia lub Świadczenia miesięcznego

ART. 7.

TWOJE OBOWIĄZKI

1. Masz obowiązek poinformować nas o zmianie swoich danych osobowych. Możesz to zrobić m.in. u Ubezpieczającego.
2. Masz obowiązek przekazywać nam informacje kompletne i prawdziwe.

Ważne!

Jeśli tego nie zrobisz, możemy odmówić wypłaty Świadczenia lub Świadczenia miesięcznego, gdy zostaną spełnione oba poniższe warunki:

- 1) Zdarzenie wystąpiło w ciągu pierwszych 3 lat od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia oraz
- 2) nieprawdziwe lub niekompletne informacje wpłynęły na naszą ocenę okoliczności Zdarzenia lub na naszą odpowiedzialność, lub miały na celu wyłudzenie Świadczenia lub Świadczenia miesięcznego.

3. Wniosek o wypłatę Świadczenia lub Świadczenia miesięcznego możesz złożyć Ty, może to zrobić Uposażony, uprawniony lub inna osoba, która zgłasza Zdarzenie - w sposób, który opisujemy w art. 13 ust. 1 SWU.

ART. 8.**JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI**

1. Mamy obowiązek wypłacać Świadczenia lub Świadczenia miesięczne zgodnie ze SWU. Wysokości i zasady wypłaty Świadczeń lub Świadczeń miesięcznych znajdują się w art. 11 SWU.
2. Mamy obowiązek realizacji Świadczenia Assistance Rehabilitacja lub Świadczenia Assistance Medyczny zgodnie ze SWU. Zasady realizacji Świadczenia Assistance Rehabilitacja lub Świadczenia Assistance Medyczny znajdują się w art. 12 SWU.
3. Mamy obowiązek zachować w tajemnicy wszystkie informacje, które pozyskaliśmy w związku z naszą działalnością i które dotyczą osób:
 - a) objętych Ochroną ubezpieczeniową,
 - b) wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia, Świadczenia miesięcznego, Świadczenia Assistance Rehabilitacja lub Świadczenia Assistance Medyczny,
 - c) składających wniosek o Ochronę ubezpieczeniową – nawet jeśli nie zostały nią objęte

ART. 9.**CO MUSISZ WIEDZIEĆ O SKŁADCE UBEZPIECZENIOWEJ**

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka zależy od wysokości Pożyczki, Okresu ubezpieczenia oraz wybranego pakietu.
3. Ubezpieczający opłaca Składkę jednorazowo, z góry za cały Okres ubezpieczenia.
4. Jeśli Ochrona ubezpieczeniowa zakończy się, zanim upłynie Okres ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.

**Kiedy i jaką kwotę wypłacimy****ART. 10.****SUMY UBEZPIECZENIA**

1. Suma ubezpieczenia za **Śmierć** równa jest **100% sumy kapitału Pożyczki, który pozostaje do spłaty** zgodnie z Harmonogramem na Dzień zajścia Zdarzenia– nie więcej jednak niż **700 000 zł**.
2. Z tytułu **Śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe Świadczenie (niezależnie od Świadczenia z tytułu Śmierci), w wysokości **100% sumy kapitału Pożyczki, który pozostaje do spłaty** zgodnie z Harmonogramem na Dzień zajścia Zdarzenia, nie więcej jednak niż **700 000 zł** z tytułu obu Zdarzeń.
3. Suma ubezpieczenia za **Całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji** wynosi **100% sumy kapitału Pożyczki, który pozostaje do spłaty** zgodnie z Harmonogramem na Dzień zajścia Zdarzenia– nie więcej jednak niż **700 000 zł**.
4. Suma ubezpieczenia za **Poważne zachorowanie** wynosi **100% sumy kapitału Pożyczki, który pozostaje do spłaty** zgodnie z Harmonogramem na Dzień zajścia Zdarzenia– nie więcej jednak niż **700 000 zł**.
Dotyczy następujących zdarzeń i Chorób:
 - a) Niewydolność nerek,
 - b) Nowotwór złośliwy,
 - c) Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (wszczepienie by-passów),
 - d) Przeszczepienie narządu,
 - e) Udar mózgu,
 - f) Zawał serca
5. Suma ubezpieczenia za **Poważne zachorowanie** wynosi **50% sumy kapitału Pożyczki, który pozostaje do spłaty** zgodnie z Harmonogramem na Dzień zajścia Zdarzenia– nie więcej jednak niż **350 000 zł**.
Dotyczy następujących zdarzeń i Chorób:
 - a) Anemia aplastyczna,
 - b) Angioplastyka wieńcowa,
 - c) Choroba Alzheimera,
 - d) Choroba Parkinsona,
 - e) Choroba reumatyczna serca
 - f) łagodny guz mózgu,
 - g) Operacja aorty,
 - h) Schyłkowa niewydolność wątroby,
 - i) Stwardnienie rozsiane,
 - j) Śpiączka,
 - k) Utrata kończyny,
 - l) Utrata mowy,
 - m) Utrata słuchu,
 - n) Utrata wzroku
6. Jeśli **Poważne zachorowanie** wystąpi w ciągu pierwszych 30 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Suma ubezpieczenia dla tego Zdarzenia jest równa jednej Racie Pożyczki zgodnie z Harmonogramem na Dzień zajścia Zdarzenia – jednak nie więcej niż **6 000 zł**.
7. Suma ubezpieczenia za **Czasową niezdolność do pracy** wynosi **100% Świadczenia miesięcznego**, maksymalnie 12 Świadczeń miesięcznych nie więcej niż 6 000 zł za każde Świadczenie miesięczne, łącznie nie więcej niż **72 000 zł**.
8. Suma ubezpieczenia za **Pobyt w Szpitalu** wynosi **100% Świadczenia miesięcznego**, maksymalnie 12 Świadczeń miesięcznych nie więcej niż 6 000 zł za każde Świadczenie miesięczne, łącznie nie więcej niż **72 000 zł**.
9. Jeśli w ramach jednej Umowy Pożyczki jest więcej niż jeden Ubezpieczony, Sumę ubezpieczenia dla **Śmierci, Śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji, Poważnego zachorowania, Czasowej niezdolności do pracy oraz Pobytu w Szpitalu** ustalamy proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień zajścia Zdarzenia.

Przykład

Umowę Pożyczki na kwotę 250 000 zł zawarło czterech Ubezpieczonych W Dniu zajścia Zdarzenia do spłaty zgodnie z Harmonogramem pozostało 200 000 zł, Rata Pożyczki wynosi 2 000 zł. Suma ubezpieczenia jest równa sumie kapitału który pozostaje do spłaty zgodnie z Harmonogramem na dzień zajścia Zdarzenia dla każdego z nich i wyniesie:

- za Śmierć 50 000 zł
- za Śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku 50 000 zł
- za Całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji 50 000 zł
- za Poważne zachorowanie 50 000 zł dla Poważnych zachorowań wskazanych w art. 10 ust. 4 SWU lub 25 000 zł dla Poważnych zachorowań wskazanych w art. 10 ust 5 SWU.

ART. 11.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Śmierci, Śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** wypłacimy Uposażonemu Świadczenie, które wyliczamy zgodnie z art. 10 ust. 1 lub 2 SWU.
2. W przypadku **Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji** wypłacimy Ci Świadczenie, które wyliczamy zgodnie z art. 10 ust. 3 SWU.
3. W przypadku **Poważnego zachorowania** wypłacimy Ci Świadczenie, które wyliczamy zgodnie z art. 10 ust. 4, 5 lub 6 SWU.
4. Jeśli zdecydujemy, by wypłacić Świadczenia z tytułu **Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji** albo **Poważnego zachorowania** po wypłacie Świadczenia z tytułu odpowiednio **Śmierci, Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji** albo **Poważnego zachorowania**, Świadczenie, które zostanie zgłoszone jako drugie, pomniejszymy o kwotę wcześniej wypłaconego Świadczenia.
5. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** będziemy Ci wypłacać Świadczenia miesięczne w wysokości Rat Pożyczki, które przypadają do zapłaty w okresie Czasowej niezdolności do pracy:
 - a) Pojedyncze Świadczenie miesięczne za Czasową niezdolność do pracy nie może przekroczyć 6 000 zł,
 - b) W całym okresie nieprzerwanej Ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy maksymalnie 12 Świadczeń miesięcznych, za jedno Zdarzenie wypłacimy maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych,
 - c) Suma Świadczeń miesięcznych za Czasową niezdolność do pracy nie może przekroczyć 72 000 zł w całym okresie nieprzerwanej Ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) Liczba Świadczeń miesięcznych za Czasową niezdolność do pracy nie może być większa niż liczba Rat Pożyczki, które pozostaną do spłaty w Dniu zajścia Zdarzenia
6. Pierwsze Świadczenie miesięczne za Czasową niezdolność do pracy wypłacimy za 30 dni nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy. Wyliczamy je na podstawie Raty Pożyczki, która przypada do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
7. Kolejne Świadczenia miesięczne wypłacimy po każdych następnych 30 dniach nieprzerwanego okresu takiej niezdolności do pracy Ubezpieczonego. Każde Świadczenie miesięczne wyliczymy na podstawie Raty Pożyczki, która przypada do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
8. W ciągu każdych 30 dni Ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy Świadczenie miesięczne za maksymalnie jedną Czasową niezdolność do pracy.
9. W przypadku **Pobytu w Szpitalu** będziemy Ci wypłacać Świadczenia miesięczne w wysokości Rat Pożyczki, które przypadają do zapłaty za okres Pobytu w Szpitalu:
 - a) Pojedyncze Świadczenie miesięczne za Pobyt w Szpitalu nie może przekroczyć 6 000 zł,
 - b) W całym okresie nieprzerwanej Ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy maksymalnie 12 Świadczeń miesięcznych, za jedno Zdarzenie wypłacimy maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych,
 - c) Suma Świadczeń miesięcznych za Pobyt w Szpitalu nie może przekroczyć 72 000 zł w całym okresie nieprzerwanej Ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) Liczba Świadczeń miesięcznych za Pobyt w Szpitalu nie może być większa niż liczba Rat Pożyczki, które pozostaną do spłaty w Dniu zajścia Zdarzenia.
10. W przypadku **Pobytu w Szpitalu** wypłacimy:
 - a) Pierwsze Świadczenie miesięczne po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu – wyliczymy je na podstawie Raty Pożyczki, która przypada do zapłaty bezpośrednio po tych 3 dniach,
 - b) Kolejne Świadczenia miesięczne po każdych następnych 30 dniach Twojego nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu. Każde Świadczenie miesięczne wyliczamy na podstawie Raty Pożyczki, która przypada do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.

Przykład

Pani Anna trafiła 15 maja do Szpitala na 4 miesiące (do 15 września). Zgodnie z Harmonogramem ostatnią Ratę Pożyczki ma zapłacić 20 lipca.

Pani Anna otrzyma z ubezpieczenia za Pobyt w Szpitalu 3 Świadczenia miesięczne:

- po 3 dniach Pobytu w Szpitalu (18 maja)
- po każdych kolejnych 30 dniach (17 czerwca i 17 lipca).

Te Świadczenia pozwolą na spłatę Pożyczki i zakończą naszą odpowiedzialność z tytułu świadczonej Ochrony ubezpieczeniowej.

11. W ciągu każdych 30 dni Ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy Świadczenie miesięczne za maksymalnie jeden Pobyt w Szpitalu.
12. Jeśli Czasowa niezdolność do pracy lub Pobyt w Szpitalu wystąpią w tym samym okresie Ochrony ubezpieczeniowej – nie wpłynie to na wysokość Świadczeń miesięcznych wskazanych w ust. 5 - 11. Oznacza to, że jeśli zostaną spełnione warunki z SWU, możemy wypłacić dwa Świadczenia miesięczne – za Czasową niezdolność do pracy i za Pobyt w Szpitalu.

13. Jeśli w ramach jednej Umowy Pożyczki obejmujemy Ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego Ubezpieczonego, podzielimy Świadczenie lub Świadczenie miesięczne proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień zajścia Zdarzenia.
14. Jeśli Uposażeni nie zostali przez Ciebie wskazani lub gdy wszyscy Uposażeni utracili prawo do Świadczenia, Świadczenie z tytułu Śmierci lub Śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku otrzymają w następującej kolejności:
 - a) Twój małżonek,
 - b) w równych częściach Twoje dzieci – jeśli nie masz małżonka,
 - c) w równych częściach Twój rodzice – jeśli nie masz dzieci ani małżonka,
 - d) w równych częściach Twoje rodzeństwo – jeśli nie masz rodziców, dzieci ani małżonka,
 - e) Twój spadkobierca – z wyłączeniem Skarbu Państwa – jeśli nie masz rodzeństwa, rodziców, dzieci ani małżonka

ART. 12.

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

1. Koszty poniższych świadczeń rozliczamy bezpośrednio z podmiotami lub Placówkami medycznymi.
2. **Świadczenia Assistance Rehabilitacja** przysługują Ci w **pakiecie podstawowym lub w pakiecie rozszerzonym** po Chorobie, w wyniku której jest konieczny przynajmniej 3-dniowy Pobyt w Szpitalu, lub w przypadku Nieszczęśliwego wypadku. Centrum operacyjne zajmie się organizacją i pokryciem kosztów następujących świadczeń:
 - 1) **transport do Placówki medycznej** – do 1 000 zł, jeśli:
 - a) zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie należy Cię przewieźć do Placówki medycznej oraz
 - b) według wiedzy Lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego
 - 2) **transport między Placówkami medycznymi** – do 1 000 zł, jeśli:
 - a) znajdujesz się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki dostosowanej do Twojego stanu zdrowia lub
 - b) masz skierowanie na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej oraz
 - c) pisemne zalecenie transportu wydał Lekarz prowadzący leczenie oraz
 - d) według wiedzy Lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego
 - 3) **transport z Placówki medycznej** – do 1 000 zł, jeśli:
 - a) zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie należy Cię przewieźć do miejsca Twojego pobytu oraz
 - b) według wiedzy Lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego,
 - 4) **wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego** – do 1 000 zł, jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie musisz używać takiego sprzętu,
 - 5) **dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego** – do 1 000 zł, do miejsca Twojego pobytu, jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie musisz używać takiego sprzętu,
 - 6) **rehabilitacja** – do 2 000 zł, jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie wymagasz rehabilitacji w Poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu Twojego pobytu,

Ważne!

Koszty rehabilitacji obejmują koszty transportu do Poradni rehabilitacyjnej i wizyty w Poradni rehabilitacyjnej albo koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu Twojego pobytu

- 7) **wizyty pielęgniarki** – do 10 wizyt w miejscu Twojego pobytu, jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie wymagasz takich wizyt,

Ważne!

Koszty wizyty pielęgniarki obejmują koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki. Koszty jedzenia, leków, igieł i innych środków medycznych itp. pokrywasz Ty

- 8) **infolinia medyczna** – telefoniczny dostęp do informacji na temat:
 - a) przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
 - b) diet i metod zdrowego żywienia,
 - c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
 - d) danych kontaktowych:
 - państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - placówek, które prowadzą zabiegi rehabilitacyjne,
 - placówek, które oferują Sprzęt rehabilitacyjny,
 - domów pomocy społecznej i hospicjów,
 - aptek czynnych przez całą dobę
3. **Świadczenia Assistance Medyczny** przysługują Ci w **pakiecie rozszerzonym** po Chorobie, w wyniku której jest konieczny przynajmniej 3-dniowy Pobyt w Szpitalu, lub w przypadku Nieszczęśliwego wypadku. Centrum operacyjne zajmie się organizacją i pokryciem kosztów następujących świadczeń:

Świadczenia Assistance Medyczny – do wykorzystania masz łącznie do 10 poniższych świadczeń po Chorobie lub Nieszczęśliwym wypadku	Zasady	Limity
1. konsultacja chirurga	zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie	do 10 świadczeń w dowolnej konfiguracji po Zdarzeniu
2. konsultacja kardiologa		
3. konsultacja lekarza rehabilitacji		
4. konsultacja neurochirurga		

5. konsultacja neurologa		
6. konsultacja okulisty		
7. konsultacja ortopedy		
8. konsultacja otolaryngologa		
9. konsultacja psychologa		
10. konsultacja pulmonologa		
11. USG	zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWU	
12. tomografia komputerowa	zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWU	jedno świadczenie po Zdarzeniu
13. rezonans magnetyczny	zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWU	jedno świadczenie po Zdarzeniu

4. Aby po Chorobie, w wyniku której jest konieczny przynajmniej 3-dniowy Pobyt w Szpitalu, lub w przypadku Nieszczęśliwego wypadku uzyskać Świadczenia Assistance Rehabilitacja lub Świadczenia Assistance Medyczny, Ty lub inna osoba macie obowiązek zgłosić je Centrum operacyjnemu. Macie obowiązek zrobić to **najszybciej, jak to możliwe** – po Zdarzeniu lub po tym, gdy się o nim dowiecie.

Ważne!

Centrum operacyjne przyjmuje zgłoszenia przez całą dobę, 7 dni w tygodniu.

Telefon to: +48 22 563 12 21

5. Zgłoszenie powinno zawierać następujące informacje:
- 1) PESEL,
 - 2) Twoje imię i nazwisko,
 - 3) Twój adres zamieszkania,
 - 4) opis oczekiwanej pomocy,
 - 5) numer telefonu do kontaktu
6. Dodatkowo **dla Świadczenia Assistance Medyczny lub Świadczenia Assistance Rehabilitacja** masz obowiązek przestać na adres: assistance@mondial-assistance.pl następujące dokumenty:
- 1) kopię dokumentacji medycznej, która potwierdza Nieszczęśliwy wypadek lub Chorobę skutkującą Twoim 3-dniowym Pobytem w Szpitalu (np. kartę informacyjną leczenia szpitalnego),
 - 2) kopię skierowania Lekarza prowadzącego leczenie na konsultację lub badania
- Mamy prawo sprawdzić te dokumenty w Placówce medycznej lub u Lekarza prowadzącego leczenie.
7. W ciągu 3 Dni roboczych od otrzymania kompletu dokumentów powiadomimy Cię, czy masz prawo do świadczenia. Jeśli odrzucimy wniosek o świadczenie, podamy Ci na piśmie powody naszej decyzji.
- Jeśli otrzymamy nowe informacje, które mogą wpłynąć na naszą decyzję o przyznaniu Ci świadczenia, w ciągu trzech Dni roboczych od ich otrzymania pisemnie powiadomimy Cię, czy i jakich dokumentów będziemy jeszcze potrzebowali.

ART. 13.

JAK ZGŁOSIĆ WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA LUB ŚWIADCZENIA MIESIĘCZNEGO Z UBEZPIECZENIA

1. Kiedy wystąpi Zdarzenie, poinformuj nas o tym jak najszybciej. W tym celu prześlij nam wniosek o wypłatę Świadczenia lub Świadczenia miesięcznego i wszystkie potrzebne dokumenty:
 - a) internetowo na stronie: www.cardif.pl lub
 - b) listownie, lub
 - c) osobiście w naszej siedzibie lub
 - d) u Ubezpieczającego.

Dodatkowa informacja

Najszybciej dotrze do nas zgłoszenie przez stronę internetową.

Na stronie cardif.pl można również uzupełniać brakującą dokumentację

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia lub Świadczenia miesięcznego możesz dołączyć kopie lub skany dokumentów. Na naszą prośbę masz jednak obowiązek dostarczyć nam ich oryginały. Jeśli przekazujesz nam dokument w innym języku niż język polski, masz obowiązek dołączyć tłumaczenie na język polski.
3. Wypłacimy Świadczenie lub Świadczenie miesięczne w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o Zdarzeniu.
4. Jeśli w ciągu 30 dni nie będziemy mogli ustalić wszystkich okoliczności Zdarzenia:
 - zawiadomimy na piśmie o przyczynie braku wypłaty Świadczenia lub Świadczenia miesięcznego w całości lub w części. Taką informację otrzyma osoba zgłaszająca Zdarzenie oraz Ubezpieczony – jeśli Zdarzenie zgłaszał ktoś inny,
 - wypłacimy Świadczenie lub Świadczenie miesięczne w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnimy pozostałe okoliczności Zdarzenia. Jednak bezsporną część Świadczenia lub Świadczenia miesięcznego wypłacimy w ciągu 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu
5. Jeśli Świadczenie lub Świadczenie miesięczne nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona we wniosku o wypłatę Świadczenia lub Świadczenia miesięcznego – zawiadomimy o tym na piśmie. Podamy także przyczyny i podstawę prawną naszej decyzji oraz informację o możliwości dochodzenia roszczeń przed sądem. Taką informację otrzyma osoba zgłaszająca Zdarzenie oraz Ubezpieczony – jeśli Zdarzenie zgłaszał ktoś inny – w terminach, o których mowa w ust. 3 i 4.
6. Jeśli Świadczenie lub Świadczenie miesięczne przysługuje, powiadomimy o jego wypłacie na piśmie. Taką informację otrzyma osoba zgłaszająca Zdarzenie lub Ty – jeśli Zdarzenie zgłaszał ktoś inny.
7. Świadczenie lub Świadczenie miesięczne prześlemy na rachunek bankowy, który zostanie wskazany przez:
 - a) Uposażonego – jeśli Świadczenie dotyczy Śmierci lub Śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

- b) Uprawnionego – jeśli Świadczenie lub Świadczenie miesięczne dotyczy innych Zdarzeń niż Śmierć lub Śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

8. Poniżej przedstawiamy listę dokumentów, których potrzebujemy przy zgłaszaniu Zdarzenia. Poza wskazanymi dokumentami możemy poprosić o inne dokumenty, jeśli będą konieczne, abyśmy mogli rozpatrzyć wniosek o wypłatę Świadczenia lub Świadczenia miesięcznego.

Lista dokumentów, których potrzebujemy	
Śmierć	1) akt zgonu Ubezpieczonego
Śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	2) dokument, który wskazuje przyczynę śmierci, np. karta statystyczna zgonu, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok
	3) jeśli do Zdarzenia doszło z przyczyn naturalnych (choroba): dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby, która była przyczyną śmierci
	4) jeśli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku: postanowienie z prokuratury lub notatka urzędowa z policji, która opisuje okoliczności zdarzenia
Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji	1) Orzeczenie
	2) jeśli do Zdarzenia doszło z przyczyn naturalnych (choroba): dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby, która była przyczyną wydania Orzeczenia
	3) jeśli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokumentacja medyczna np. z izby przyjęć, pogotowia ratunkowego lub od lekarza pierwszego kontaktu
Poważne zachorowanie	1) dokumentacja, która potwierdza, że Ubezpieczony ma zdiagnozowaną Chorobę lub przeszedł operację, jakie zaliczamy do Poważnych zachorowań (np. karta pobytu w szpitalu, a w przypadku zdiagnozowania nowotworu – wyniki badań histopatologicznych)
	2) dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby lub zdarzenia, które były przyczyną zgłaszanego zachorowania
	3) jeśli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokumentacja medyczna np. z izby przyjęć, pogotowia ratunkowego lub od lekarza pierwszego kontaktu
Pobyt w Szpitalu	1) karta informacyjna z leczenia szpitalnego
	2) jeśli do Zdarzenia doszło z przyczyn naturalnych (choroba): dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby, która była przyczyną Pobytu w Szpitalu
	3) jeśli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku: dokumentacja medyczna np. karta z izby przyjęć, pogotowia ratunkowego lub lekarza pierwszego kontaktu
Czasowa niezdolność do pracy	1) zaświadczenie lekarskie (formularz ZUS ZLA lub e-ZLA), które określa okres przerwy w pracy – dotyczy okresu, za jaki będziemy wypłacać Świadczenie miesięczne,
	2) dowody wypłat od pracodawcy wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego od ZUS-u – taki dokument musimy otrzymać przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia miesięcznego,
	3) jeśli do Zdarzenia doszło z przyczyn naturalnych (choroba): dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby będącej przyczyną Czasowej niezdolności do pracy,
	4) jeśli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:
	a) dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy medycznej po wypadku (np. karta z izby przyjęć, pogotowia ratunkowego lub lekarza pierwszego kontaktu),
	b) dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny, postanowienie prokuratury)
	5) dokument, który potwierdza kontynuację leczenia tej samej choroby, a jeśli przyczyną kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednia choroba – dokumentacja medyczna dotycząca tej kolejnej Czasowej niezdolności do pracy



Kiedy nie będziemy mogli wypłacić Świadczenia lub Świadczenia miesięcznego

ART. 14.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

1. Czasami zdarzą się sytuacje, w których nie będziemy mogli wypłacić Świadczenia lub Świadczenia miesięcznego. Są to wyłączenia odpowiedzialności.

(✕ oznacza wyłączenie naszej odpowiedzialności dla danego Zdarzenia)

Zdarzenie w wyniku:

Śmierć	Śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji	Poważne zachorowanie	Pobyt w Szpitalu	Czasowa niezdolność do pracy
--------	--	---	----------------------	------------------	------------------------------

samobójstwa, do którego doszło w ciągu pierwszego roku od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia	×					
próby samobójstwa, która wystąpiła w ciągu pierwszego roku od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia			×	×	×	×
czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy – chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej	×	×	×	×	×	×
usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa	×	×	×	×	×	×
zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, które zostało spowodowane działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość	×	×	×	×	×	×
samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego – niezależnie od stanu jego poczytalności			×	×	×	×

2. Nie zrealizujemy **Świadczenia Assistance Rehabilitacja** lub **Świadczenia Assistance Medyczny**, jeśli do Zdarzenie doszło w następstwie:
 - a) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy – chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - b) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - c) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) działania pod wpływem narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - e) spożycia przez Ubezpieczonego leków, których nie przepisał lekarz lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza lub ulotką – o ile wpłynęło to na powstanie lub rozmiar Zdarzenia,
 - f) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
 - g) próby samobójstwa, samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego – niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - h) zaburzeń psychicznych zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99),
 - i) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (takich jak np. trzęsienie ziemi, nagła zmiana temperatury, powódź, huragan, pożar, burza),
 - j) umyślnego działania – Ubezpieczonego lub osoby, z którą pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - k) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego – chyba że realizacja Świadczenia Assistance Rehabilitacja lub Świadczenia Assistance Medyczny odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności
3. W przypadku **Świadczenia Assistance Rehabilitacja** lub **Świadczenia Assistance Medyczny** nie odpowiadamy za opóźnienie w realizacji Świadczenia Assistance Rehabilitacja lub Świadczenia Assistance Medyczny, jeśli dojdzie do niego w następstwie:
 - a) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, strajków, aktów terroryzmu, zamieszek społecznych i wojskowych,
 - b) masowych skażeń chemicznych lub radioaktywnych, które zostały spowodowane działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - c) epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń i innych skażeń,
 - d) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (takich jak np. trzęsienie ziemi, nagła zmiana temperatury, powódź, huragan, pożar, burza),
 - e) ograniczeń w poruszaniu się, które zostały wprowadzone przez władze administracyjne
4. Aby Centrum operacyjne mogło właściwie zorganizować Świadczenia Assistance Rehabilitacja lub Świadczenia Assistance Medyczny, potrzebna Twojej pisemnej zgody (dotyczącej zwolnienia służb medycznych z tajemnicy lekarskiej) Jeśli nie udzielił tej zgody, nie odpowiadamy za właściwe zorganizowanie tego świadczenia.

JAK ROZPATRUJEMY REKLAMACJE

1. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) internetowo na adres: reklamacje@cardif.pl lub
 - 2) przez formularz na stronie: www.cardif.pl lub

- 3) telefonicznie pod numerem 48 22 529 17 27 lub
- 4) listownie lub osobiście na adres: ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa.
2. Odpowiemy na reklamację jak najszybciej – nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, w którym ją otrzymamy. W szczególnych sytuacjach, które uniemożliwią nam rozpatrzenie reklamacji, na odpowiedź mamy 60 dni od jej otrzymania. W takim przypadku poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, o wydłużonym terminie. Wyjaśnimy jego przyczyny wydłużenia i wyznaczymy nowy termin odpowiedzi.
3. Odpowiedzi udzielimy na piśmie lub – na wniosek osoby, która złożyła reklamację – e-mailem.
4. Jeśli osoba, która złożyła reklamację, jest osobą fizyczną, ma prawo:
 - 1) złożyć wniosek do Rzecznika Finansowego o rozpatrzenie reklamacji lub
 - 2) przekazać reklamację do miejskiego lub powiatowego rzecznika konsumentów.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ART. 16

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach, których nie regulują te SWU, stosujemy polskie prawo – m.in. Kodeks cywilny i Ustawę o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Powództwa o roszczenia, które wynikają z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć:
 - 1) według przepisów o właściwości ogólnej lub
 - 2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby: Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego lub Uposażonego, lub
 - 3) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego lub Uposażonego.
3. Rzecznik Finansowy jest podmiotem, który prowadzi postępowanie w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich. Jest to zgodne z Ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat znajdziesz na stronie www.rf.gov.pl.
4. W niektórych przypadkach wypłaty Świadczeń lub Świadczeń miesięcznych zabezpiecza Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Szczegóły znajdziesz w art. 114 ust. 1 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2019 poz. 2214 z późn. zm.).

ART. 17

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zasady opodatkowania Świadczeń lub Świadczeń miesięcznych z Umowy ubezpieczenia regulują:
 - 1) w odniesieniu do osób fizycznych – Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
 - 2) w odniesieniu do osób prawnych – Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych
2. Zgodnie z ustawą o języku polskim językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest właśnie język polski.
3. SWU mają zastosowanie do osób objętych Ochroną ubezpieczeniową od 14 kwietnia 2025 roku.
4. Sprawozdanie o naszej wypłacalności i kondycji finansowej znajduje się na stronie www.cardif.pl oraz w naszej siedzibie.

PROCEDURY MEDYCZNE	
1.	ULTRASONOGRAFIA
1)	Badanie ultrasonograficzne – klatka piersiowa
2)	Badanie ultrasonograficzne – jama brzuszna
3)	Badanie ultrasonograficzne miednicy
4)	Badanie ultrasonograficzne moszny i jej zawartości
5)	Badanie ultrasonograficzne – kończyna; nienaczyniowe
2.	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA
1)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg; bez kontrastu
2)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama albo ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; bez kontrastu
3)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa; bez kontrastu
4)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi; bez kontrastu
5)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa; bez kontrastu
6)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny; bez kontrastu
7)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu
8)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu
9)	Tomografia komputerowa – miednica; bez kontrastu
10)	Tomografia komputerowa – kończyna górna; bez kontrastu
11)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna; bez kontrastu
12)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna; bez kontrastu
13)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg; z kontrastem
14)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama albo ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem
15)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa; z kontrastem
16)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi z kontrastem
17)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa; z kontrastem
18)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny; z kontrastem
19)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem
20)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem
21)	Tomografia komputerowa – miednica; z kontrastem
22)	Tomografia komputerowa – kończyna górna; z kontrastem
23)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna; z kontrastem
24)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna; z kontrastem
3.	REZONANS MAGNETYCZNY
1)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja; bez kontrastu
2)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); bez kontrastu
3)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); bez kontrastu
4)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość: odcinek szyjny kręgosłupa; bez kontrastu
5)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość: odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu
6)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość: odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu;
7)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica; bez kontrastu
8)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu
9)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; bez kontrastu
10)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu
11)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; bez kontrastu
12)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna; bez kontrastu
13)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja; z kontrastem
14)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); z kontrastem
15)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); z kontrastem;
16)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość: odcinek szyjny kręgosłupa; z kontrastem
17)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość: odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem
18)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość: odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem
19)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica; z kontrastem;
20)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem
21)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; z kontrastem
22)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem
23)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; z kontrastem
24)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna; z kontrastem