



**OGÓLNE
WARUNKI
UBEZPIECZENIA
„PLAN NA ŻYCIE”
indeks L/I/07/2019**



**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.

Zespół BNP Paribas Cardif



Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa



Telefon: + 48 22 529 17 96



Aby zgłosić roszczenie on-line wejdź na stronę: www.cardif.pl, zakładka: („Zgłoś roszczenie on-line”) lub napisz na adres: roszczenia@cardif.pl



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



Nasza strona internetowa z formularzem kontaktu: www.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 3), 6), 13), 14), 23), 24), 26), 34) art. 4. w związku z art. 1. ust 1. pkt 8), 12), 14), 19), 20), 21), 24), 26), 27), 28), 30) art. 10. w związku z art. 1. ust 3), 9), 10), 13), 18), 19), 21), 24), 26), 27), 31), 32), 33), 34)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	art. 14 w związku z art. 1. ust 3), 6), 9), 13), 26), 33), 34)

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Plan na życie” o indeksie L/I/07/2019 (dalej: „OWU” lub „Ogólne Warunki Ubezpieczenia”) mają zastosowanie do indywidualnej Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. 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 litery.

art. 1. Definicje

1. Pojęcia użyte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „Plan na życie” o indeksie L/I/07/2019 oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia mają następujące znaczenie:
 - 1) **Agent** - Bank wykonujący czynności agencyjne na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
 - 2) **Bank** - BNP Paribas Bank Polska S.A.;
 - 3) **Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji** - stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem choroby lub nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem;
 - 4) **Centrum Operacyjne** - podmiot, który na podstawie umowy z Ubezpieczycielem dokonuje Realizacji Świadczeń medycznych;
 - 5) **Choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 6) **Choroba skutkująca Pobytem w Szpitalu** - Choroba skutkująca pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu trwającym nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
 - 7) **Dzień roboczy** - każdy dzień od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 8) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** - pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający opłacił pierwszą ratę Składki, jednak nie wcześniej niż Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 9) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** - dzień wskazany we Wnioskopolisie lub Polisie;
 - 10) **Dzień zajścia Zdarzenia** -
 - a) w przypadku Zgonu - dzień Zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji - dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu, dzień wydania Orzeczenia;
 - 11) **Lekarz** - osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 12) **Miesiąc polisowy** - okres, za który zostanie opłacona rata Składki, równy miesiącowi kalendarzowemu. Pierwszy Miesiąc polisowy zaczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 13) **Nieszczęśliwy wypadek** - zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w Okresie ubezpieczenia, powodujące fizyczne uszkodzenie ciała;
 - 14) **Ochrona ubezpieczeniowa** - ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na zasadach określonych w OWU;
 - 15) **Okres ubezpieczenia** - czas trwania Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego określony w art. 4 i 5 OWU;
 - 16) **Orzeczenie** - prawomocne orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lub wyrok sądu, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające odpowiednio o:
 - a) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej 1 roku (orzeczenia na okresy krótsze niż rok podlegają sumowaniu, z zastrzeżeniem że pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie może występować przerwa), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu - w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego albo
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 1 roku (orzeczenia na okresy krótsze niż rok podlegają sumowaniu, z zastrzeżeniem że pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie może występować przerwa), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu - w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nabyli prawo do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - 17) **Placówka medyczna** - Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 18) **Polisa** - dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia; dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
 - 19) **Rok polisowy** - każde 12 kolejnych Miesięcy polisowych, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 20) **Składka** - kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia;
 - 21) **Suma ubezpieczenia** - górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia wskazana we Wnioskopolisie lub we Wniosku i Polisie i stanowiąca podstawę ustalenia wysokości Świadczenia;
 - 22) **Szpital** - działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, 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;

- 23) **Świadczenia medyczne** – konsultacje lekarskie, diagnostyka laboratoryjna, rehabilitacja albo badania specjalistyczne, wymienione w Załączniku nr 2 do OWU, organizowane i pokrywane przez Ubezpieczyciela w przypadku zajścia w Okresie ubezpieczenia następujących Zdarzeń:
 - a) Choroby skutkującej Pobytem w Szpitalu Ubezpieczonego lub
 - b) Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego, zgodnie z zasadami i limitami określonymi w OWU i Załączniku nr 2 do OWU;
- 24) **Świadczenie pieniężne** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w OWU w przypadku
 - a) Zgonu;
 - b) Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji;
- 25) **Ubezpieczający** – osoba wskazana we Wniosku, Polisie albo we Wnioskopolisie, która zawarła Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacenia Składki;
- 26) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający objęty Ochroną ubezpieczeniową, wskazany w Polisie / Wnioskopolisie;
- 27) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa;
- 28) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
- 29) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego we Wniosku lub Wnioskopolisie albo określona w OWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia pieniężnego z tytułu Zgonu;
- 30) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
- 31) **Wniosek** – dokument potwierdzający chęć zawarcia Umowy ubezpieczenia, podpisany przez Ubezpieczającego;
- 32) **Wnioskopolisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, złożony w formie pisemnej pod rygorem nieważności, na formularzu Ubezpieczyciela;
- 33) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, jeżeli jego zajście powoduje powstanie prawa do Świadczenia pieniężnego lub Świadczeń medycznych;
- 34) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego z jakiegokolwiek przyczyny.

2. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie pieniężne w przypadku:
 - a) Zgonu Ubezpieczonego,
 - b) Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, zgodnie z zasadami określonymi w OWU.
3. Ubezpieczyciel przyzna Świadczenie medyczne w przypadku:
 - a) Choroby skutkującej Pobytem w Szpitalu Ubezpieczonego,
 - b) Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, zgodnie z zasadami określonymi w OWU.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Zgonu, Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego jest świadczona na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Choroby skutkującej Pobytem w Szpitalu oraz z tytułu Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego w zakresie Świadczeń medycznych jest świadczona wyłącznie 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 i nie ukończyła 70 lat.
2. Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia wyłączenie na własny rachunek.
3. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem:
 - 1) podpisania przez Ubezpieczającego i upoważnionego przedstawiciela Agenta poprawnie i kompletnie wypełnionej Wnioskopolisy albo doręczenia Ubezpieczającemu Polisy wystawionej przez Ubezpieczyciela na podstawie poprawnie i kompletnie wypełnionej i podpisanej przez Ubezpieczającego Wniosku oraz po spełnieniu warunków, o których mowa w ust. 5 - jeżeli do zawarcia Umowy ubezpieczenia jest wymagana indywidualna zgoda Ubezpieczyciela.
 - 2) zobowiązania się Ubezpieczającego do opłacania Składki w terminie wskazanym we Wniosku albo we Wnioskopolisie;
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i przedłuża się na kolejny Rok polisowy o ile żadna ze stron Umowy ubezpieczenia nie złoży, przed upływem bieżącego Roku polisowego, oświadczenia o jej nieprzedłużaniu na kolejny Rok polisowy. Jeżeli, wskutek złożenia oświadczenia przez którąkolwiek ze stron, Umowa ubezpieczenia nie ulegnie przedłużeniu na kolejny Rok polisowy, wówczas Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem bieżącego Roku polisowego.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony ma obowiązek udzielenia odpowiedzi na pytania dotyczące jego stanu zdrowia oraz



Sprawdź, czego dotyczy i co obejmuje Twoje ubezpieczenie.

art. 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie oraz zdrowie Ubezpieczonego.

poddania się na badaniom lekarskim w placówkach medycznych autoryzowanych przez Ubezpieczyciela. Koszty badań ponosi Ubezpieczyciel.

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 wypłaty Świadczenia pieniężnego w wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - 3) w dniu wypłaty Świadczenia pieniężnego, o którym mowa w art. 10 ust. 3;
 - 4) 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;
 - 5) w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
 - 6) w dniu, w którym upłynął termin na zapłatę raty Składki, wyznaczony przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty;
 - 7) w ostatnim dniu Roku polisowego, w którym Ubezpieczający skutecznie złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy;
 - 8) w ostatnim dniu Roku polisowego, w którym Ubezpieczyciel skutecznie złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy;
 - 9) w ostatnim dniu Roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył Wiek 74 lata;w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

art. 5. Kontynuacja Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia jest przedłużana na kolejny Rok polisowy pod warunkiem, że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Rok polisowy, z zastrzeżeniem że Umowa ubezpieczenia nie ulegnie

przedłużeniu po Roku polisowym, w którym Ubezpieczony ukończy 74 lata.

2. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia następuje, jeśli Ubezpieczający wpłaci pierwszą ratę Składki z tytułu przedłużonej Umowy ubezpieczenia, w terminie wskazanym w art. 9 ust 5 OWU.
3. Wysokość Składki jest ustalana zgodnie z art 9 ust 1 OWU.

Ubezpieczający może zakończyć Umowę ubezpieczenia przez jej wypowiedzenie lub odstąpić 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: Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa
 - 4) za pośrednictwem Agenta, w każdej placówce BNP Paribas Bank Polska SA, obsługującej klientów;
5. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

*Sprawdź, jakie są obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego.
Ich spełnienie jest konieczne, by Ubezpieczyciel (w razie zajścia Zdarzenia) mógł wypłacić Świadczenie pieniężne lub zrealizować Świadczenia medyczne.*

art. 7. Obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia Składki na zasadach określonych w OWU oraz w Polisie lub Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczający ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych, w szczególności zmianie adresu zamieszkania.
3. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest do udzielenia zgodnych z prawdą pisemnych informacji zawartych we Wniosku / Wnioskopolisie. Udzielenie przez Ubezpieczonego

informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia pieniężnego lub realizacji Świadczenia medycznego. Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia pieniężnego lub Świadczenia medycznego.

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



*Sprawdź, jakie są prawa Ubezpieczyciela względem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.
Sprawdź, jakie Ubezpieczyciel ma obowiązki.*

art. 8. Obowiązki Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do realizacji Świadczenia medycznego oraz wypłaty Świadczenia pieniężnego 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 i Uposażonego.



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 oraz wieku Ubezpieczonego w pierwszym dniu każdego Roku polisowego, zgodnie z Tabelą Składek stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
2. Wysokość Składki w pierwszym Roku polisowym wskazana jest w Polisie albo we Wnioskopolisie, a w każdym kolejnym Roku polisowym jest określona w Tabeli Składek.
3. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w ratach miesięcznych, na wskazany przez Ubezpieczyciela indywidualny numer rachunku bankowego.
4. Pierwszą ratę Składki należy opłacić najpóźniej do końca miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia. Nieopłacenie pierwszej raty Składki we wskazanym terminie spowoduje rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.
5. Kolejne raty Składki należy opłacać do 20-ego dnia miesiąca kalendarzowego z góry za następny miesiąc kalendarzowy Ochrony ubezpieczeniowej (Miesiąc polisowy). W razie braku wpłaty raty Składki w wyznaczonym terminie Ubezpieczyciel wzywa Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania. Nieopłacenie raty Składki w tym dodatkowym terminie spowoduje wygaśnięcie Umowy

- ubezpieczenia oraz Ochrony ubezpieczeniowej z upływem dodatkowego terminu na opłacenie raty Składki.
6. Dniem zapłaty raty Składki jest dzień, w którym rata Składki w pełnej należnej wysokości zostanie zaksięgowana na rachunku Ubezpieczyciela.

*Wysokość świadczenia zależy od Sumy ubezpieczenia.
Zawsze możesz sprawdzić we Wnioskopolisie / Polisie jaka jest Twoja Suma ubezpieczenia.*



art. 10. Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia pieniężnego

1. Suma ubezpieczenia wskazana jest we Wniosku i Polisie lub we Wnioskopolisie.
2. W przypadku Zgonu oraz Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie pieniężne równe Sumie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Jeżeli Dzień zajścia Zdarzenia przypada w okresie pierwszych 90 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia w pierwszym Roku polisowym Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie pieniężne w wysokości:
 - a) 100% Sumy ubezpieczenia – jeżeli przyczyną Zdarzenia był Nieszczęśliwy wypadek;
 - b) 1% Sumy ubezpieczenia – jeżeli przyczyną Zdarzenia była inna niż Nieszczęśliwy wypadek.

Sprawdź, w jaki sposób możesz zgłosić roszczenie.



art. 11. Sposób zgłaszania Zdarzeń oraz wypłaty Świadczeń pieniężnych

1. Zajście Zdarzenia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone Ubezpieczycielowi poprzez:
 - 1) wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl (zakładka: „Zgłoś roszczenie on-line”) lub
 - 2) wysłanie zawiadomienia na adres: roszczenia@cardif.pl lub
 - 3) przekazanie wniosku o wypłatę Świadczenia pieniężnego pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela
 - 4) za pośrednictwem Agenta, np. na formularzu zgłoszenia roszczenia oraz dołączenie dokumentów wskazanych w OWU.
2. Wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia pieniężnego powinny być oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez pracowników lub pełnomocników Banku lub przez uprawnionych do tego organ). Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie pieniężne w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
4. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia pieniężnego lub wysokości Świadczenia pieniężnego okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 3, Świadczenie pieniężne powinno być spełnione w

- ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia pieniężnego Ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 3.
5. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia pieniężnego w terminie określonym w ust. 3 lub 4, powinien zawiadomić na piśmie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części osobę zgłaszającą roszczenie oraz powinien wypłacić bezsporną część Świadczenia pieniężnego.
 6. W przypadku gdy Świadczenie pieniężne nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel przekazuje pisemną informację osobie występującej z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 3 i 4. Ubezpieczyciel wskazuje okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia pieniężnego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 7. W przypadku, gdy Świadczenie pieniężne przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia pieniężnego.
 8. Świadczenie pieniężne z tytułu Zgonu Ubezpieczonego jest wypłacane Uposażonym, wskazanym przez Ubezpieczonego we Wniosku albo w Polisie, w częściach zgodnych ze wskazaniem Ubezpieczonego.
 9. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w Świadczeniu pieniężnym uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w Świadczeniu pieniężnym poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego.
 10. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub, gdy żaden z Uposażonych w dniu Zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do Świadczenia pieniężnego, uprawnionymi do otrzymania Świadczenia pieniężnego są członkowie rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego,
 - 2) jeśli brak małżonka Ubezpieczonego – dzieci Ubezpieczonego, które otrzymują Świadczenie pieniężne w częściach równych,
 - 3) jeśli brak dzieci i małżonka Ubezpieczonego – rodzice Ubezpieczonego, którzy otrzymują Świadczenie pieniężne w częściach równych,
 - 4) jeśli brak rodziców, dzieci i małżonka Ubezpieczonego – rodzeństwo Ubezpieczonego, które otrzymuje Świadczenie pieniężne w częściach równych,
 - 5) jeśli brak osób wymienionych powyżej – spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa, którzy otrzymują Świadczenie pieniężne w częściach równych ich udziałowi w spadku.
 11. Świadczenie pieniężne z tytułu z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego jest wypłacane Ubezpieczonemu.
 12. Wypłata Świadczenia pieniężnego realizowana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Uposażonego lub Ubezpieczonego.

art. 12. Sposób zgłaszania Zdarzeń oraz realizacji Świadczeń medycznych

1. W celu skorzystania ze Świadczeń medycznych, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana skontaktować się z Centrum Operacyjnym pod numerem telefonu +48 22 522 29 11 lub +48 22 232 29 11 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania Świadczenia medycznego:
 - a) dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz PESEL lub nr Polisy albo Wnioskopolisy),
 - b) datę zaistnienia Zdarzenia,
 - c) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
 - d) opis zdarzenia ubezpieczeniowego i rodzaj wymaganej pomocy.
2. W celu Realizacji Świadczenia medycznego, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest przestać do Centrum Operacyjnego na adres email: assistance@mondial-assistance.pl lub na adres korespondencyjny: AWP Polska Sp. z o.o., ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, następujące dokumenty:
 - a) Dokumentację medyczną potwierdzającą zaistnienie Zdarzenia:
 - kartę informacyjną leczenia szpitalnego sporządzoną przez Lekarza, w związku z Chorobą skutkującą Pobytem w Szpitalu Ubezpieczonego, lub
 - diagnozę sporządzoną przez Lekarza, z której jednoznacznie wynika, że powstałe obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia są następstwem Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) skierowania od Lekarza do przeprowadzenia konsultacji lekarskich, diagnostyki, badań, rehabilitacji.
3. Centrum Operacyjne zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w ust. 2, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem, który prowadził leczenie Ubezpieczonego.
4. Na podstawie przekazanych przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w ust. 2, Lekarz konsultant Centrum Operacyjnego w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie uprawniające do Świadczeń medycznych.
5. W przypadku powzięcia przez Centrum Operacyjne nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności Świadczenia medycznego, w związku ze zgłoszonym roszczeniem o to świadczenie, Centrum Operacyjne, w terminie 3 Dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
6. W przypadku nieuznania przez Ubezpieczyciela swojej odpowiedzialności w zakresie wnioskowanego Świadczenia medycznego, Centrum Operacyjne nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 albo ust. 5, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie przyznania tego świadczenia, wskazując przyczynę

odmowy.

7. W przypadku uznania w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 albo ust. 5, odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie

wnioskowanego Świadczenia medycznego, Centrum Operacyjne niezwłocznie przystąpi do wykonania Świadczeń medycznych.

art. 13. Dokumenty wymagane w celu zgłoszenia roszczenia

W celu zgłoszenia roszczenia należy przekazać Ubezpieczycielowi:

z tytułu Zgonu	<ol style="list-style-type: none">1) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;2) dokument określający przyczynę i okoliczności zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok, dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego);3) jeżeli do Zgonu doszło w następstwie nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zgonu (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku);4) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia pieniężnego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna);5) dokumenty potwierdzające tożsamość osób, o których mowa w artykule 11 ust. 8-10.
z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji	<ol style="list-style-type: none">1) odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu OWU;2) dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia, np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku);3) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia pieniężnego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna);4) dokument poświadczający tożsamość Ubezpieczonego.

art. 14. Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

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

	<i>(Znak „X” oznacza wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela)</i>			
	Zgon	Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji	Choroba skutkująca Pobytem w Szpitalu	Nieszczęśliwy wypadek
1) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia;	X			
2) próbą samobójstwa;		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) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;	X	X	X	X
5) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;	X	X	X	X
6) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia	X	X	X	X

wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;				
7) uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki;	×	×		×
8) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;		×	×	×
9) zaburzeniami psychicznymi, zakwalifikowanymi w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).			×	×

art. 15. Limity Świadczeń medycznych

1. Ustalone w Załączniku nr 2 do OWU limity Świadczeń medycznych stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego Zdarzenia (Choroby skutkującej Pobytem w Szpitalu Ubezpieczonego lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego) w Roku polisowym.
2. Liczba Zdarzeń w Roku polisowym nie jest ograniczona limitem.
3. Realizacja Świadczeń medycznych następuje z uwzględnieniem maksymalnej liczby Świadczeń medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia w Roku polisowym.
4. Maksymalna liczba Świadczeń medycznych, o której mowa w ust. 3 oznacza, że z 22 (dwudziestu dwóch) dostępnych Świadczeń medycznych, przysługują łącznie maksymalnie 3 (trzy) Świadczenia medyczne do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia w Roku polisowym.
5. Wykonanie któregośkolwiek ze Świadczeń medycznych pomniejsza maksymalną liczbę Świadczeń medycznych do wykorzystania, w odniesieniu do jednego Zdarzenia w Roku polisowym, z uwzględnieniem postanowień ust. 6-8.
6. W ramach maksymalnej liczby Świadczeń medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia w Roku polisowym istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego rodzaju Świadczenia medycznego, z wyłączeniem poniższych:
 - 1) Rehabilitacja,
 - 2) Rezonans magnetyczny,
 - 3) Tomografia komputerowa,
dla których w Załączniku nr 2 do OWU ustalono odrębne limity. Skorzystanie z danego Świadczenia medycznego spośród wymienionych w pkt 1)-3) niniejszego ustępu w ramach ustalonego limitu Świadczeń medycznych oznacza wykorzystanie jednego Świadczenia medycznego w ramach maksymalnej liczby Świadczeń medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia w Roku polisowym. Każde Świadczenie medyczne spośród wymienionych w pkt 1)-3) niniejszego ustępu może być wykorzystana tylko 1 (jeden) raz w Roku polisowym.
7. Diagnostyka laboratoryjna traktowana jest jako jedno Świadczenie medyczne z maksymalnej liczby Świadczeń medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego

Zdarzenia w Roku polisowym, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań, pod warunkiem, że badania te zostały objęte jednym skierowaniem wystawionym przez Lekarza, w związku z wystąpieniem Zdarzenia.

8. Z zastrzeżeniem ust. 6, rehabilitacja traktowana jest jako jedno Świadczenie medyczne z maksymalnej liczby Świadczeń medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia w Roku polisowym, o ile ćwiczenia rehabilitacyjne i/lub zabiegi rehabilitacyjne zostały objęte jednym skierowaniem wystawionym przez Lekarza, w związku z wystąpieniem Zdarzenia. W ramach jednego Świadczenia medycznego łączny maksymalny wymiar ćwiczeń rehabilitacyjnych i/lub zabiegów rehabilitacyjnych wynosi 6 (sześć) godzin.

Zapoznaj się z zasadami opodatkowania Świadczeń.



art. 16. Opodatkowanie Świadczeń pieniężnych

1. Świadczenia pieniężne z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych Świadczenia pieniężne podlegają opodatkowaniu zgodnie z postanowieniami art. 21 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 1509 z późn. zm.).
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia pieniężne podlegają opodatkowaniu zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 1036 z późn. zm.).

Możesz się do nas zwrócić w przypadku niezadowolienia z naszych usług. Poznaj zasady składania i rozpatrywania reklamacji.



art. 17. 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 lub 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. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

*Jeśli nie można zakończyć polubownie sporu z Ubezpieczycielem, zawsze otwarta jest droga dochodzenia roszczeń w sądzie.
Poznaj zasady dotyczące sądowego dochodzenia*

art. 18. Sąd właściwy i rozstrzygnięcie sporów

1. W sprawach nieuregulowanych w OWU 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 według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego,

Grzegorz Jurczyk
Prezes Zarządu

Pierre-Alexis Brabis
Członek Zarządu

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 rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE konsument może skorzystać z platformy internetowej rozstrzygania sporów (platforma ODR), która jest dostępna pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
5. W przypadkach określonych 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. 2013 poz. 392 z późn. zm.) wypłata świadczeń jest zabezpieczona przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

art. 19. System monetarny

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

art. 20. Postanowienia końcowe

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Plan na życie” o i ndeksie L/I/07/2019 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 27 czerwca 2019 roku, zmienione uchwałą z dnia 30 września 2021 roku, wchodzi w życie z dniem 1 października 2021 roku.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Załącznik nr 1 do OWU

Tabela Składek do Ubezpieczenia na Życie o indeksie TS/L/I/07/2019

Niniejsza Tabela Składek ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia na życie zawieranych od dnia 01.07.2019 r. na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Plan na życie” o indeksie L/I/07/2019.

Terminy użyte w Tabeli Składek należy rozumieć zgodnie z zapisami OWU

Wysokość miesięcznej raty Składki w zależności od wariantu Sumy ubezpieczenia i Wieku Ubezpieczonego.

Wiek Ubezpieczonego		Warianty Sumy ubezpieczenia		
		100 000 PLN	300 000 PLN	500 000 PLN
od 18	do 45	80	160	220
powyżej 45	do 55	125	280	430
powyżej 55	do 65	200	500	750
powyżej 65	do 70	295	700	1 050
powyżej 70	do 75	400	900	1 500

Załącznik nr 2 do OWU

Świadczenia medyczne		Limity Świadczeń medycznych
Maksymalna liczba Świadczeń medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia w Roku polisowym		3
Konsultacje lekarskie - każda konsultacja to jedno Świadczenie medyczne	1. Chirurg	Świadczenia medyczne do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby Świadczeń medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia w Roku polisowym.
	2. Okulista	
	3. Otolaryngolog	
	4. Ortopeda	
	5. Ginekolog	
	6. Urolog	
	7. Pulmonolog	
	8. Lekarz rehabilitacji	
	9. Psycholog	
	10. Onkolog	
	11. Endokrynolog	
	12. Hepatolog	
	13. Hematolog	
	14. Nefrolog	
	15. Dermatolog	
Diagnostyka laboratoryjna (w tym markery nowotworowe) - na jedno Świadczenie medyczne może składać się dowolna liczba rodzajów badań oznaczonych w pkt 16, pod warunkiem, że zostały objęte jednym skierowaniem	16. <ul style="list-style-type: none"> ▪ mocz – badanie ogólne ▪ OB ▪ morfologia ▪ APTT ▪ PT ▪ fibrynogen ▪ glukoza ▪ elektrolity (sód i potas) ▪ lipidogram ▪ próby wątrobowe ▪ amylaza ▪ mocznik ▪ TSH ▪ kreatynina ▪ kwas moczowy ▪ proteinogram ▪ ferrytyna ▪ wapń całkowity ▪ fosfor nieorganiczny ▪ magnez ▪ CRP ilościowo ▪ HBs przeciwciała ▪ HCV przeciwciała ▪ IgE całkowite ▪ markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21 	
Rehabilitacja - na jedno Świadczenie medyczne mogą składać się ćwiczenia rehabilitacyjne i/lub zabiegi rehabilitacyjne oznaczone w pkt 17, w łącznym maksymalnym wymiarze 6 (sześciu) godzin i pod warunkiem, że zostały objęte jednym skierowaniem	17. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ćwiczenia wytrzymałościowe, cykloergometr, bieżnia, stepper, ▪ Ćwiczenia ogólnousprawniające, ▪ Trening oporowy, ▪ Fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa 	Maksymalnie jedno Świadczenie medyczne w Roku polisowym
Badania specjalistyczne - każde badanie to jedno Świadczenie medyczne	18. Biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym)	Świadczenia medyczne do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby Świadczeń medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia w Roku polisowym.
	19. RTG	
	20. USG	
	21. Rezonans magnetyczny	Maksymalnie jedno Świadczenie medyczne w Roku polisowym
	22. Tomografia komputerowa	Maksymalnie jedno Świadczenie medyczne w Roku polisowym