



SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA ŻYCIE

indeks

SANTANDER_P/CARCPI_5_1.2/2021



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Ubezpieczyciel zmieniającego się świata

Drogi Kliencie

Zachęcamy Cię do zapoznania się z niniejszym dokumentem. Dzięki temu dowiesz się w jakim zakresie Cię chronimy, w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie oraz jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu Twojego wniosku.

Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności. Są to przypadki, w których nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.



Aby zgłosić roszczenie:

- wypełnij formularz na stronie: www.cardif.pl
- wyślij e-mail na adres: roszczenia@cardif.pl
- wyślij wypełniony formularz na adres Ubezpieczyciela



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



Telefon: + 48 22 529 17 27



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

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych szczególnych warunkach ubezpieczenia zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 2 ust. 3 w związku z art. 1 ust.1 pkt 8, 13, 15, 16, 27, 28, 35, 36, 37, 38. art. 4 w związku z art. 1 ust.1 pkt 5, 7, 14, 15, 16, 27, 28, 37, 38. art. 10 w związku z art. 1 ust.1 pkt 5, 15, 16, 21, 24, 27, 28, 31, 35, 36, 37, 38. art. 11 w związku z art. 1 ust.1 pkt 14, 15, 16, 21, 27, 28, 29, 31, 36, 37,38.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 7 ust. 3, art. 14 w związku z art. 1 ust.1 pkt 15, 16, 27, 28, 37, 38.

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie oznaczone indeksem **SANTANDER_P/CARCPI_5.1.2/2021** stosuje się do Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”.

ART 1. DEFINICJE

1. W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego na Życie o indeksie **SANTANDER_P/CARCPI_5.1.2/2021** (dalej: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Centrum operacyjne** – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający Świadczeń Assistance;
 - 2) **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;
 - 3) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – dokument potwierdzający przystąpienie do ubezpieczenia, sporządzony na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela;
 - 4) **Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 5) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** –
 - a) w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia wraz z podpisaniem Umowy pożyczki – dzień uruchomienia Pożyczki, jednak nie wcześniej niż dzień następujący po dniu złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej;
 - b) w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy pożyczki – dzień następujący po dniu złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej;
 - 6) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia woli na Deklaracji ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień zawarcia Umowy pożyczki;
 - 7) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - a) w przypadku **Zgonu** – dzień Zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Pobytu w Szpitalu** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - c) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w SWU,
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu,
 - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
 - 8) **Harmonogram** –
 - a) dla ubezpieczeń zawieranych wraz z podpisaniem Umowy pożyczki:
 - w przypadku Pożyczki standardowej (czyli: umowa na przedmioty gotowe oraz równe raty miesięczne), będzie to pierwotny harmonogram spłat Pożyczki, stanowiący integralną część Umowy pożyczki, ustalony i dołączony do Umowy pożyczki w dniu jej zawarcia; pierwotny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;
 - w przypadku Pożyczki niestandardowej (z nieregularnymi ratami i/lub na przedmioty zamawiane), będzie to „techniczny” (rozumiany jako miesięczny) harmonogram spłat, wyliczany z uwzględnieniem kwoty Pożyczki na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia (tj. zawarcia umowy pożyczki), dzielonej przez liczbę miesięcy liczonych od Dnia uruchomienia umowy pożyczki do końca trwania Pożyczki. Techniczny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;
 - harmonogram będzie zawsze wyrażony w PLN. Jeśli harmonogram pierwotny/ techniczny spłat Pożyczki będzie wyrażony w innej walucie niż PLN (waluta umowy pożyczki), wówczas tak ustalone kwoty zostaną przeliczone na PLN po średnim kursie NBP dla danej waluty z dnia zawarcia Umowy pożyczki,
 - b) dla ubezpieczeń zawieranych w trakcie trwania Umowy pożyczki:
 - w przypadku Pożyczki standardowej (czyli: umowa na przedmioty gotowe oraz równe raty miesięczne), będzie to Pierwotny harmonogram spłat Pożyczki na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia, liczony do końca trwania Pożyczki zgodnie z treścią Umowy pożyczki. Pierwotny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;
 - w przypadku Pożyczki niestandardowej (z nieregularnymi ratami i/lub na przedmioty zamawiane), będzie to „techniczny” (rozumiany jako miesięczny) harmonogram spłat Pożyczki ustalony na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia, obliczany z uwzględnieniem kwoty Pożyczki pozostałej do spłaty na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia, dzielonej przez liczbę miesięcy liczonych od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia do końca trwania Pożyczki. Techniczny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;
 - harmonogram będzie zawsze wyrażony w PLN. Jeśli harmonogram pierwotny/ techniczny spłat Pożyczki będzie wyrażony w innej walucie niż PLN (waluta umowy pożyczki), wówczas tak ustalone kwoty zostaną przeliczone na PLN po średnim kursie NBP dla danej waluty z dnia złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 10) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w SWU;
 - 11) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i trwający do końca Umowy pożyczki zgodnie z Harmonogramem spłat nie dłużej niż 121 miesięcy, z zastrzeżeniem art. 4;
 - 12) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
 - 13) **Pakiet** – jeden dwóch dostępnych pakietów ubezpieczenia, wybierany przez Ubezpieczonego w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia zgodnie z art. 2 ust 3;

- 14) **Placówka medyczna** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tj., Dz. U. 2018 r., poz.1030), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA;
- 15) **Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 16) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
- nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - udar mózgu** – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienno mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
 - przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy. Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 17) **Pożyczka** – kwota zobowiązania wynikająca z Umowy pożyczki zawartej pomiędzy Pożyczkobiorcą a Pożyczkodawcą;
- 18) **Pożyczkobiorca** – osoba fizyczna, osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą wpisana do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Spółka będąca stroną Umowy pożyczki;
- 19) **Pożyczkodawca** – Santander Leasing S.A., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kolorowej 8;
- 20) **Rata pożyczki** – kwota należna Pożyczkodawcy, której wysokość oraz termin wypłaty wskazane są w Harmonogramie załączonym do umowy pożyczki (odpowiednio te same zasady dotyczą „technicznego” harmonogramu);

- 21) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 22) **Spółka** – spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka komandytowo - akcyjna, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółka akcyjna, wpisana do odpowiedniego rejestru;
- 23) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym przystąpienia do Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
- 24) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 25) **Szpital** – działający na terenie Unii Europejskiej, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarstwa 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;
- 26) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu, w przypadku Zgonu lub Poważnego zachorowania;
- 27) **Świadczenia Assistance Rehabilitacja** – pomoc udzielona Ubezpieczonemu po Niez szczęśliwym wypadku lub Chorobie skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu w zakresie, o którym mowa w Artykule 12 ust. 1 niniejszych SWU;
- 28) **Świadczenia Assistance Medyczny** – pomoc udzielona Ubezpieczonemu po Niez szczęśliwym wypadku lub Chorobie skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu w zakresie, o którym mowa w art. 12 ust. 3-7 niniejszych SWU;
- 29) **Świadczenie miesięczne** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU) w przypadku zajścia zdarzenia Pobytu w Szpitalu, równa jednej Racie pożyczki zgodnie z Harmonogramem; W przypadku Pożyczki z nieregularnymi ratami pojedyncza Rata pożyczki liczona jest zgodnie z technicznym Harmonogramem spłat i zaokrąglana w górę do pełnych 100 PLN;
- 30) **Ubezpieczający – Pożyczkodawca**, Santander Leasing S.A., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kolorowej 8;
- 31) **Ubezpieczony** – Pożyczkobiorca będący osobą fizyczną, osobą fizyczną prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą, wspólnicy odpowiednio spółki cywilnej, spółki jawnej, spółki partnerskiej, spółki komandytowej, komandytowo-akcyjnej lub członkowie zarządu odpowiednio spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej będący osobami fizycznymi, wskazani w Deklaracji ubezpieczeniowej, którzy wyrazili zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową. Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU mogą zostać objęte osoby fizyczne będące odpowiednio wspólnikami lub członkowie zarządu Spółki przez okres co najmniej 6 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia;
- 32) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa;
- 33) **Umowa pożyczki** - umowa o Pożyczkę zawarta pomiędzy Pożyczkodawcą a Pożyczkobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Pożyczkodawcy;
- 34) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
- 35) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w SWU uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu;
- 36) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w SWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia innego niż Zgon;
- 37) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia lub umożliwia skorzystanie ze Świadczeń Assistance Medyczny lub Świadczeń Assistance Rehabilitacja;
- 38) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony zależy od Pakietu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) **Pakiet podstawowy:**
 - a) Zgon,
 - b) Poważne Zachorowanie,
 - c) Pobyt w Szpitalu,
 - d) Świadczenia Assistance Rehabilitacja.
 - 2) **Pakiet rozszerzony:**
 - a) Zgon,
 - b) Poważne Zachorowanie,
 - c) Pobyt w Szpitalu,
 - d) Świadczenia Assistance Rehabilitacja.
 - e) Świadczenia Assistance Medyczny,

4. Ubezpieczony uprawniony jest do korzystania ze Świadczeń Assistance Medycznego lub Świadczeń Assistance Rehabilitacja na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zależności od wybranego Pakietu.
5. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu z zastrzeżeniem, iż Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu obejmuje terytorium Unii Europejskiej, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba fizyczna, która najpóźniej w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i nie przekroczył w tym dniu, wraz z okresem trwania Umowy pożyczki, 65. roku życia.
2. Na podstawie indywidualnej zgody Ubezpieczyciela wydanej w formie pisemnej przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona na warunkach innych niż określone w SWU.
3. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, Pożyczkobiorca:
 - a) złożył oświadczenie woli na Deklaracji ubezpieczeniowej,
 - b) zawarł z Pożyczkodawcą Umowę pożyczki w wysokości nieprzekraczającej 500 000 PLN lub równowartość 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, z zastrzeżeniem, iż suma udzielonych Pożyczek lub leasingów przy zawieraniu, których Pożyczkobiorca lub leasingobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć 500 000 PLN.
4. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy pożyczki występuje więcej niż jeden Pożyczkobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Pożyczkobiorcy, chyba że któryś z Pożyczkobiorców nie spełnia warunków określonych w ust. 1 i 2 przy czym Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy pożyczki może być objętych nie więcej niż czterech Pożyczkobiorców.

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - a) **w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) **trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu powstałego w wyniku Choroby;
 - c) **dziewięćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania;i trwa nieprzerwanie do dnia wskazanego w Harmonogramie spłat, jako dzień całkowitej spłaty Pożyczki, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 niniejszego artykułu.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w SWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami art. 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w przypadku Poważnego zachorowania - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia;
 - c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa:
 - a) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia;
 - b) z upływem 121 miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - c) w dniu, w którym Składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową ubezpieczenia, a nie została przez niego opłacona;
 - d) w dniu odstąpienia od Umowy pożyczki;
 - e) w dniu określonym w Harmonogramie jako dzień spłaty ostatniej Raty pożyczki- w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - f) w dniu całkowitej spłaty Pożyczki;
 - g) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej,
 - h) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy pożyczki;

w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

5. W przypadku, gdy Pożyczkobiorca odstąpi od Umowy pożyczki Ubezpieczeni w ramach danej Umowy pożyczki będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.
6. Rezygnacja z Ochrony ubezpieczeniowej, złożona przez jednego Ubezpieczonego powoduje zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych w ramach danej Umowy pożyczki.
7. W przypadkach innych niż opisane w ust. 3 i 4, gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia stosunek prawny, wynikający z Umowy pożyczki łączący Pożyczkodawcę z którymkolwiek z Pożyczkobiorców lub stosunek prawny, wynikający z Umowy ubezpieczenia łączący Ubezpieczyciela z którymkolwiek z Ubezpieczonych ulegnie rozwiązaniu, Ochrona ubezpieczeniowa wobec tego Pożyczkobiorcy wygasa, z zastrzeżeniem, że Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałego Pożyczkobiorcy kontynuowana jest na zasadach wskazanych w SWU do wysokości Sumy ubezpieczenia zgodnie z art. 10 ust. 3 SWU.

ART 5. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Ubezpieczającego.

2. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej. Otrzymanie przez Ubezpieczającego rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jej otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu Formularzy Zgłoszenia Roszczenia.

ART 7. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Deklarację ubezpieczeniową Ubezpieczony powinien złożyć na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Ubezpieczającego o zmianie swoich danych osobowych.
3. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia. Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.

ART 8. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w SWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o przystąpienie do ubezpieczenia.

ART 9. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty Pożyczki, długości trwania Okresu ubezpieczenia oraz wybranego Pakietu.
3. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.

ART 10. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu oraz Poważnego zachorowania dla Pakietu podstawowego i Pakietu rozszerzonego równa jest kapitałowi Pożyczki pozostającemu do spłaty zgodnie z Harmonogramem na Dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 500 000 PLN,
2. Suma ubezpieczenia dla ryzyka Pobytu w Szpitalu równa jest równowartości 6 Świadczeń miesięcznych, jednak nie więcej niż 36 000 PLN.
3. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy pożyczki objętych zostało więcej Pożyczkobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia o której mowa w ust. 1 i 2, ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia.
4. Po wypłacie świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 - dla jednego Ubezpieczonego, dalszy podział Sumy ubezpieczenia przypadającej na pozostałych Ubezpieczonych nie będzie dokonywany.

ART 11. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego, Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, ustalonej zgodnie z treścią art. 10.
2. Jeżeli Poważne zachorowanie wystąpi w ciągu pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, kwota o której mowa w Art. 10 ust. 1 dla tego Zdarzenia równa jest jednej Racie pożyczki zgodnie z Harmonogramem, jednak nie więcej niż 6 000 PLN.
3. Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania o którym mowa w art. 11 ust. 2. jest dzielone proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje ochrona z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe - Świadczeniu miesięcznemu, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Pożyczki, zgodnie z art. 1 pkt 29 przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 6 000 PLN. Z tytułu jednego zdarzenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 2 i art. 11 ust.5 poniżej.
5. Świadczenie miesięczne z tytułu Pobytu w Szpitalu jest dzielone proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

6. W przypadku Pobytu w Szpitalu, po upływie 3 dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne, określone w z art. 1 pkt 29 w wysokości jednej Ratą pożyczki przypadającą do spłaty zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po tych 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
7. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu ulega przedłużeniu, Ubezpieczyciel wypłaci po każdym kolejnych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Świadczenie miesięczne określone w z art. 1 pkt 29 w wysokości jednej Raty pożyczki przypadającą do spłaty zgodnie z Harmonogramem po tych 30 dniach Pobytu w Szpitalu.
8. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu, Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
9. W przypadku, gdy należne Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przewyższa kwotę salda zadłużenia z tytułu Umowy pożyczki wyliczonego przez Pożyczkodawcę na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - a) Ubezpieczony,
 - b) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
 - c) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - d) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - e) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - f) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

ART 12. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

1. W Wariancie Podstawowym lub Wariancie Rozszerzonym w przypadku Choroby Ubezpieczonego skutkującej 3-dniowym Pobyt w Szpitalu lub w przypadku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów Świadczeń Assistance Medyczny lub Świadczeń Assistance Rehabilitacja w zakresie:
 - 1) Organizacja i pokrycie kosztów transportu do Placówki medycznej – do kwoty 1 000 PLN, w razie konieczności przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza;
 - 2) Organizacja i pokrycie kosztów transportu między Placówkami medycznymi – do kwoty 1 000 PLN, jeżeli Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg bądź badania lekarskie do innej Placówki medycznej; transport odbywa się na pisemne zalecenie lekarza, o ile – według jego wiedzy – nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 3) Organizacja i pokrycie kosztów transportu z Placówki medycznej – do kwoty 1 000 PLN, w razie pisemnego zalecenia transportu do miejsca pobytu od lekarza, o ile – według jego wiedzy – nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 4) Wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego – do kwoty 1 000 PLN, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 5) Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego – do kwoty 1 000 PLN, do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, Ubezpieczony powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego;
 - 6) Rehabilitacja – do kwoty 2 000 PLN, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu; koszty rehabilitacji to koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej i wizyty w poradni rehabilitacyjnej albo koszty wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego;
 - 7) Wizyta pielęgniarki – do 10 wizyt w miejscu pobytu Ubezpieczonego, na podstawie pisemnego zalecenia opieki pielęgniarskiej od lekarza; obejmuje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki, aby zapewnić opiekę Ubezpieczonemu w zakresie zaleconym przez lekarza; koszty sprawowania opieki pielęgniarskiej (zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony;
 - 8) infolinia medyczna – telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:
 - a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
 - b) diet, metod zdrowego żywienia,
 - c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
 - d) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - e) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - f) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.
2. W celu uzyskania Świadczeń Assistance Rehabilitacja, Ubezpieczony lub inna osoba jest zobowiązany niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia lub powzięciu informacji o jego powstaniu powiadomić o nim Centrum operacyjne, czynne przez całą dobę, pod numerem telefonu (+48 22) 563 12 21 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania Świadczeń Assistance Rehabilitacja:
 - 1) Numer PESEL;
 - 2) Imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 3) Adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 4) Opis rodzaju oczekiwanej pomocy;
 - 5) Numer telefonu do kontaktu.

3. W Wariancie Rozszerzonym w przypadku Choroby Ubezpieczonego skutkującej 3-dniowym Pobytom w Szpitalu lub w przypadku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów Świadczeń Assistance Medycyny w zakresie i do limitów określonych w tabeli:

Świadczenia Assistance Medycyny	Limity		Zdarzenie
1. konsultacja chirurga	świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	maksymalna liczba 10 (dziesięciu) świadczeń do wykorzystania na Zdarzenie	Nieszczęśliwy wypadek albo Choroba Ubezpieczonego skutkująca 3-dniowym Pobytom w Szpitalu
2. konsultacja okulisty			
3. konsultacja otolaryngologa			
4. konsultacja ortopedy			
5. konsultacja kardiologa			
6. konsultacja neurologa			
7. konsultacja pulmonologa			
8. konsultacja lekarza rehabilitacji			
9. konsultacja neurochirurga			
10. konsultacja psychologa			
11. ultrasonografia (USG)			
12. tomografia komputerowa	maksymalnie 1 (jedno) świadczenie na Zdarzenie		
13. rezonans magnetyczny	maksymalnie 1 (jedno) świadczenie na Zdarzenie		

4. W zakresie Świadczeń Assistance Medycyny, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów poniższych świadczeń, na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie:
- 1) konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalności:

<ul style="list-style-type: none"> – chirurg, – okulista, – otolaryngolog, – ortopeda, – kardiolog, 	<ul style="list-style-type: none"> – neurolog, – pulmonolog, – lekarz rehabilitacji, – neurochirurg, – psycholog,
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
 - 2) badania: ultrasonografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny – w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do SWU.
5. Maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania oznacza, że z 13 (trzynastu) dostępnych świadczeń Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 10 (dziesięć) świadczeń możliwych do wykorzystania po każdym Nieszczęśliwym wypadku albo Chorobie Ubezpieczonego skutkującej 3-dniowym Pobytom w Szpitalu.
6. W odniesieniu do jednego Zdarzenia realizacja któregokolwiek świadczeń pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń do wykorzystania z uwzględnieniem postanowień ust. 7.
7. W odniesieniu do jednego Zdarzenia, w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego rodzaju świadczenia, z wyłączeniem świadczeń tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, które mogą być wykorzystane tylko 1 (jeden) raz w odniesieniu do jednego Zdarzenia a skorzystanie z niego oznacza wykorzystanie jednego świadczenia w ramach maksymalnej liczby świadczeń.
8. W celu uzyskania świadczeń, Ubezpieczony lub inna osoba jest zobowiązany niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia lub powzięciu informacji o jego powstaniu powiadomić o nim Centrum operacyjne, pod numerem telefonu (+48 22) 563 12 21 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania Świadczeń Assistance Medycyny:
- 1) Numer PESEL;
 - 2) Imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 3) Adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 4) opis rodzaju oczekiwanej pomocy;
 - 5) numer telefonu do kontaktu.
9. W celu realizacji Świadczeń Assistance Medycyny, Ubezpieczony zobowiązany jest przestać do Centrum operacyjnego pocztą lub za pośrednictwem e-mail na adres assistance@mondial-assistance.pl, następujące dokumenty:
- 1) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - 2) kopię skierowania lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia konsultacji lub badań.
10. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub lekarzem prowadzącym leczenie.
11. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 9, Ubezpieczyciel w terminie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniała sytuacja stanowi Zdarzenie uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
12. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności realizacji świadczenia w związku ze zgłoszonym roszczeniem o świadczenie, Ubezpieczyciel, w terminie 3 Dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

13. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 8 pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia medycznego, wskazując przyczynę odmowy.
14. Koszty świadczeń pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia medyczne.

ART 13. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. Zażycie Zdarzenia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone Ubezpieczycielowi poprzez:
 - a) wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl lub
 - b) wystanie zawiadomienia na adres: roszczenia@cardif.pl lub
 - c) przekazanie wniosku o wypłatę Świadczenia pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem Agenta, np. na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia udostępnionym na stronie www Agenta i Ubezpieczyciela oraz dołączenie dokumentów wskazanych w ust. 9.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji pożyczkowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Pożyczkodawcy lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z innego ryzyka niż Zgon lub Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia (np. na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia) oraz następujących dokumentów:
 - a) w przypadku **Zgonu**:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp);
 - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - 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);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
 - b) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
 - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebieg operacji wymienionej w katalogu Poważnych zachorowań;
 - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
 - c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;

- dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
10. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed drugą lub każdą kolejną wypłatą świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
- dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego).

ART 14. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

1. W przypadku **Zgonu** odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
 - a) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - b) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - c) usiłowaniami lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - d) 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;
 - e) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. W przypadku **Poważnego Zachorowania** odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
 - a) usiłowaniami lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - b) 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;
 - c) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzeniem wykorzystującym energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. W przypadku **Pobytu w Szpitalu** odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z:
 - a) 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;
 - b) próbą samobójczą, która miała miejsce w pierwszych dwóch latach od dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - c) usiłowaniami lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - d) 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;
 - e) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - f) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - g) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony;
 - h) leczeniem bezpłodności, sztucznym zapłodnieniem lub sterylizacją.
4. W odniesieniu do Świadczeń Assistance Rehabilitacja lub Świadczeń Assistance Medyczny, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
 - a) czynnym i dobrowolnym 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;
 - b) usiłowaniami lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - c) zdarzeniem związanym bezpośrednio z skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - d) 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;
 - e) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu;
 - f) próbą samobójstwa, samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.
5. W odniesieniu do Świadczeń Assistance lub Świadczeń Assistance medyczny Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczeń, jeżeli do opóźnienia doszło wskutek:
 - a) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, strajków, aktów terroryzmu, zamieszek społecznych i wojskowych;
 - b) masowych skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spowodowanych działaniem broni lub urządzeń wykorzystujących energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - c) epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń;

- d) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne);
 - e) ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować brak możliwości realizacji Świadczeń assistance;
6. W przypadku gdy w celu weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w artykule 12 ust. 8 w związku z ust. 9, udzielenie świadczenia określonego w SWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem, że niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej pisemnej zgody.

ART 15. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 1426 z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód 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 2020 r., poz. 1461 z późn. zm.).

ART 16. ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie, przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa lub przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: 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 powyżej. 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 i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
4. Osobie 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.

ART 17. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Powództwo o roszczenie, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia 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).

ART 18. SYSTEM MONETARNY

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

ART 19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie o indeksie SANTANDER_P/CARCP1_5_1.2/2021 weszły w życie z dniem 26 kwietnia 2021 roku, zmienione 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.

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