CNP Santander
CNP SANTANDER INSURANCE

Santander Consumer Bank

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

ONKO POMOC nr R14/CZ2019

Informacja dotycząca ubezpieczenia w ramach Ogólnych Warunków Ubezpieczenia numer R14/CZ2019

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. Przesłanek wypłaty świadczenia	§ 2 § 4 § 5
2. Ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 8 § 10

§ 1. WSTĘP

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy CNP Santander Insurance Europe DAC z siedzibą w Dublinie (Irlandia) a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy Ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia określony jest w § 4 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane dużą literą oznaczają:

1. **Agent** – Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela.
2. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
3. **Członek rodziny** – Małżonek/Partner, Dzieci, rodzice Ubezpieczonego.
4. **Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem sobót oraz dni ustawowo wolnych od pracy.
5. **Dziecko** – własne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego, które w chwili Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18 lat.
6. **Klasyfikacja TNM** – międzynarodowy standard określenia stopnia zaawansowania nowotworu, składający się z trzech części, opisujących:
   1) wielkość guza pierwotnego (T – tumor – guz). Skala od 0 do 4 określa stopień rozrostu guza pierwotnego i jego stosunek do otaczających tkanek. Im wyższy stopień T, tym nowotwór jest bardziej zaawansowany;
   2) stan regionalnych węzłów chłonnych (N – nodus – węzeł). Skala od 0 do 3 (w przypadku części nowotworów do 2 lub do 1). Cecha N określa stopień rozprzestrzenienia nowotworu do regionalnych węzłów chłonnych. Dochodzi do tego, gdy komórki nowotworowe z rosnącego guza pierwotnego przedostają się do naczyń chłonnych i osiadają w najbliższych węzłach chłonnych, właściwych dla danego narządu (tzw. regionalne węzły chłonne);
   3) brak lub obecność przerzutów odległych (M – metastases – przerzuty). Skala od 0 do 1. Przerzuty odległe to guzy wtórne nowotworu złośliwego powstałe, gdy w wyniku wzrostu guza pierwotnego dochodzi do uszkodzenia ścian sąsiednich naczyń krwionośnych, a komórki nowotworu dostają się do krwi i przemieszczają się z nią do innych części ciała.
7. **Klient** – pełnoletnia osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych.
8. **Konsultant** – podmiot leczniczy działający poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej, wyznaczony przez Ubezpieczyciela do współpracy w celu udzielenia Powtórnej Opinii Medycznej.
9. **Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego.
10. **Małżonek** – osoba pozostająca w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia w związku małżeńskim z Ubezpieczającym.
11. **Miejsce zamieszkania** – adres budynku lub lokalu mieszkalnego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazany przez Ubezpieczonego w SUU, jako miejsce stałego zamieszkania.
12. **Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym** – rozpoznanie nowotworu złośliwego potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również chłoniaka złośliwego i białaczki. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

1) Rak nieinwazyjny (carcinoma in situ, melanoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
2) Rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2bN0M0;
3) Rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0;
4) Rak podstawnokomórkowy lub kolczystokomórkowy skóry, włókniakomięsak guzowaty (dermatofibrosarcoma protuberans) skóry;
5) Jakikolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów Klinicznych.

13. **Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)** – Rozpoznanie nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ) potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie nowotwory złośliwe w stadium carcinoma in situ według klasyfikacji TNM (American Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification), z wyjątkiem nowotworów złośliwych skóry poza melanoma in situ. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
    1) Dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
    2) Wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem melanoma in situ;
    3) Jakikolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.
14. **Okres ubezpieczenia –** 24 lub 36 miesięcy ubezpieczeniowych rozumianych, jako:
    1) W przypadku wyboru opcji opłacenia składki jednorazowo – miesiąc ubezpieczeniowy rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia i trwa do tego samego dnia co dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia w kolejnym miesiącu.
    2) W przypadku wyboru opcji płatności składki w ratach:
        a) Pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia i trwa do dnia wybranego przez Ubezpieczającego, jako dzień płatności drugiej raty składki, z zastrzeżeniem § 6 ust.3.
        b) Drugi i kolejne miesiące ubezpieczeniowe równe są miesiącom kalendarzowym (rozpoczynają się od dnia następującego po wybranym przez Ubezpieczającego dniu płatności drugiej i kolejnej raty składki i trwają do dnia płatności raty składki w następnym miesiącu).
15. **Osoba niesamodzielna –** osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia lub Wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki.
16. **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia ONKO POMOC nr R14/CZ2019.
17. **Partner** – osoba (odmiennej lub tej samej płci) będąca w związku nieformalnym z Ubezpieczającym, polegającym na prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego, charakteryzującym się istnieniem więzi społecznej, fizycznej i ekonomicznej w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
18. **Powtórna opinia medyczna** – przygotowana przez Konsultanta zagraniczna niezależna opinia medyczna w przypadku stwierdzenia wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym lub przedinwazyjnym.
19. **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
20. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowane do Ubezpieczyciela lub innych właściwych organów, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
21. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie; Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
22. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, określona odrębnie dla każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego w § 5 ust. 1 OWU.
23. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Ubezpieczyciela zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, zgodnie z wybranym przez niego wariantem.
24. **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty składki.
25. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
26. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie utracone w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
27. **Ubezpieczyciel** – CNP Santander Insurance Europe DAC (zwane dalej CNPSIE) z siedzibą w 2nd Floor,Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, zarejestrowany w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488062 gwarantujący ochronę ubezpieczeniową zgodnie z zakresem określonym w §4 niniejszych OWU. Ubezpieczyciel posiada zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej udzielone przez Central Bank of Ireland oraz notyfikował działalność ubezpieczeniową na terytorium Polski w Komisji Nadzoru Finansowego i podlega nadzorowi:
    - Central Bank of Ireland w Irlandii oraz
    - Komisji Nadzoru Finansowego w Polsce, w zakresie określonym we właściwych przepisach prawa.
28. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Ubezpieczyciela załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część.
29. **Wada wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
30. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte Ubezpieczeniem w ramach Umowy Ubezpieczenia, które zaszły w okresie Ubezpieczenia, określone w § 4 i § 5 OWU.

§ 3. RODZAJ I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego (ubezpieczenia osobowe – wypadku i choroby) oraz interes majątkowy (ubezpieczenia majątkowe) Ubezpieczonego.

§ 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Zakres Ubezpieczenia oferowany przez Ubezpieczyciela obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe niezależnie od miejsca ich wystąpienia:

1) Choroba
2) Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)
3) Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym

§ 5. OPIS ŚWIADCZEŃ I SUMY UBEZPIECZENIA

1. Poniższa tabela opisuje wysokość świadczeń ubezpieczeniowych dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych oraz powiązane z nimi Sumy ubezpieczenia.

Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia/limity
1. Choroba	**ŚWIADCZENIA MEDYCZNE** Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty poniższych świadczeń, realizowanych na rzecz Ubezpieczonego na podstawie dostarczonego skierowania sporządzonego przez Lekarza prowadzącego: **konsultacje lekarskie** – konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalności: 1) chirurg, 2) okulista, 3) otolaryngolog, 4) ortopeda, 5) ginekolog, 6) urolog, 7) pulmonolog, 8) onkolog, 9) endokrynolog, 10) hepatolog, 11) hematolog, 12) nefrolog, 13) dermatolog, wraz z ewentualnymi kosztami transportu do lekarza specjalisty oraz transportu powrotnego, jeżeli wskazany przez Ubezpieczyciela lekarz specjalista znajduje się w odległości co najmniej 25 kilometrów od Miejsca zamieszkania, **diagnostyka laboratoryjna** – w zakresie badań: 14) mocz – badanie ogólne, OB., morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód, potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, wapń całkowity, fosfor nieorganiczny, magnez, CRP ilościowo, HBs przeciwciała, IgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21, **badania specjalistyczne** – w następującym zakresie: 15) biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym), 16) badanie radiologiczne (RTG), 17) badanie ultrasonograficzne (USG), 18) rezonans magnetyczny, 19) tomografia komputerowa. Z ww. dziewiętnastu Świadczeń medycznych (punkty 1) – 19)); realizacja któregokolwiek ze Świadczeń medycznych pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń do wykorzystania; Ubezpieczony ma możliwość alternatywnego lub wielokrotnego wykorzystania Świadczeń medycznych w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, o której mowa w kolumnie „Suma ubezpieczenia/limity”.	**maksymalnie 6 (sześć) świadczeń** (dla 24 miesięcznego okresu Ubezpieczenia) albo **maksymalnie 8 (osiem) świadczeń** (dla 36 miesięcznego okresu Ubezpieczenia)

Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia/limity
2. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)	Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie pieniężne w wysokości Sumy ubezpieczenia.	Zgodnie z wyborem Ubezpieczającego 6 000 PLN, lub 12 000 PLN, lub 24 000 PLN – suma na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe
3. Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym	Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie pieniężne w wysokości Sumy ubezpieczenia.	Zgodnie z wyborem Ubezpieczającego 30 000 PLN, lub 60 000 PLN, lub 120 000 PLN - suma na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe
4. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)/ Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym	**POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA** Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty Powtórnej opinii medycznej, w następującym zakresie: 1) udziela Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej opinii medycznej, 2) tłumaczy dostarczoną dokumentację medyczną na język angielski, 3) przekazuje dokumentację medyczną Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę (analiza ma na celu weryfikację, potwierdzenie lub uzupełnienie diagnozy opisanej w tej dokumentacji i nie uwzględnia bezpośrednich konsultacji, ani innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a Konsultantem), 4) uzyskuje Powtórną opinię medyczną wydaną przez Konsultanta, 5) tłumaczy wydaną przez Konsultanta Powtórną opinię medyczną na język polski, 6) udostępnia Powtórną opinię medyczną Ubezpieczonemu lub osobie upoważnionej przez Ubezpieczonego.	**1 (jedna) Powtórna opinia medyczna na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe**
5. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)/ Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym	**ASSISTANCE POMOCNY** Ubezpieczyciel zapewnia poniższe świadczenia, realizowane (zgodnie z opisem) na rzecz Ubezpieczonego i/lub Członków rodziny: 1) **organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego** Ubezpieczonego – w Miejscu zamieszkania albo w placówce rehabilitacyjnej (wraz z kosztami transportu i zabiegów rehabilitacyjnych), na podstawie dostarczonego skierowania na rehabilitację sporządzonego przez Lekarza prowadzącego, 2) **organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu oraz dostarczenia Sprzętu rehabilitacyjnego** Ubezpieczonemu do Miejsca zamieszkania, na podstawie dostarczonego skierowania zalecenia używania Sprzętu rehabilitacyjnego sporządzonego przez Lekarza prowadzącego, 3) **organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia gotowych posiłków** Ubezpieczonemu do Miejsca zamieszkania; koszty posiłków pokrywa Ubezpieczony, 4) **organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia leków** zaordynowanych Ubezpieczonemu przez Lekarza prowadzącego – do Miejsca zamieszkania; warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Ubezpieczyciela recepty niezbędnej do wykupienia leków oraz pokrycie kosztów zakupu ww. leków przez Ubezpieczonego, 5) **organizacja i pokrycie kosztów pomocy pielęgniarki** dla Ubezpieczonego w Miejscu zamieszkania, w tym koszty dojazdu i wynagrodzenia pielęgniarki, na podstawie dostarczonego zalecenia pomocy pielęgniarskiej sporządzonego przez Lekarza prowadzącego, 6) **zwrot kosztów peruk i protez** na rzecz Ubezpieczonego,	**3 000 PLN na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe**

Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Świadczenie ubezpieczeniowe	Suma Ubezpieczenia/limity
	7) **organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego** Ubezpieczonego, na podstawie dostarczonego skierowania sporządzanego przez Lekarza prowadzącego: a) **do Placówki medycznej** – z Miejsca zamieszkania, b) **pomiędzy Placówkami medycznymi** – w przypadku pobytu w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia pacjenta lub w przypadku skierowania przez Lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej, c) **z Placówki medycznej** – do Miejsca zamieszkania, 8) **organizacja i pokrycie kosztów konsultacji psychologa** dla Ubezpieczonego i Członków rodziny zamieszkujących w Miejscu zamieszkania, 9) **organizacja i pokrycie kosztów dostosowania Miejsca zamieszkania do potrzeb Ubezpieczonego**, w zależności od rodzaju dysfunkcji narządów ruchu, polegająca na: a) likwidacji barier architektonicznych w Miejscu zamieszkania w postaci zamontowania podjazdów, podestów, platform i krzesełek schodowych, b) oporęczowaniu ciągów komunikacyjnych, toalet i łazienek w Miejscu zamieszkania, 10) **organizacja i pokrycie kosztów pomocy domowej** na rzecz Członków rodziny zamieszkujących w Miejscu zamieszkania, obejmująca: a) **pomoc domową** – koszty honorarium i koszty dojazdu pomocy domowej do Miejsca zamieszkania. Świadczenie obejmuje pomoc w zakresie zrobienia zakupów, codziennych porządków domowych, dostawy/przygotowania posiłków, podlewania kwiatów, b) **opiekę nad Dziećmi i Osobami niesamodzielnymi** – koszty honorarium i koszty dojazdu do Miejsca zamieszkania osoby zatrudnionej przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług, c) **opiekę nad zwierzętami** – koszty honorarium i koszty dojazdu do Miejsca zamieszkania osoby do opieki nad zwierzętami domowymi (pies, kot) pozostającymi w Miejscu zamieszkania, w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny, 11) **infolinia medyczna** dostępna pod numerem wskazanym w § 8 ust. 1 pkt 1 OWU – Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu lub Członkowi rodziny 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. Świadczenia w zakresie Świadczeń medycznych i Assistance pomocnego realizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY, OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Klient, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia. Dotyczy to także przedłużenia ubezpieczenia na kolejny okres, tzn. ostatnie przedłużenie Umowy Ubezpieczenia może mieć miejsce przed ukończeniem 65 roku życia.
2. Klient, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia składki / pierwszej raty składki (w przypadku wyboru opcji płatności składki w ratach) zgodnie z § 7 OWU.
3. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki/pierwszej raty składki w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia i trwa zgodnie z wybranym okresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 14. W przypadku nieopłacenia składki/pierwszej raty składki Ubezpieczenie nie rozpocznie się.
4. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta z dniem doręczenia Ubezpieczającemu jednego egzemplarza SUU podpisanego przez Agenta w imieniu Ubezpieczyciela, wraz z całą dokumentacją stanowiącą Umowę Ubezpieczenia.

5. Jeżeli treść Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, Ubezpieczyciel przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
6. W przypadku określonym w ust. 5 powyżej, jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od dnia doręczenia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z treścią Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym ustępie.
7. Umowa Ubezpieczenia może zostać przedłużona automatycznie na dotychczasowych warunkach, na zasadach określonych w ust. 8 poniżej, lub na zmienionych warunkach, na zasadach określonych w ust. 9 poniżej, przy czym zmiany w warunkach Ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone wyłącznie z ważnych przyczyn, którymi są: zmiany przepisów prawa i regulacji nadzorczych dotyczących Ubezpieczenia lub zmiana dokonywanej przez Ubezpieczyciela oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
8. Jeżeli warunki Ubezpieczenia nie uległy zmianie, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego, pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w SUU, o braku zmian w warunkach Ubezpieczenia oraz o nowym okresie Ubezpieczenia nie później niż na 60 dni przed końcem bieżącego okresu Ubezpieczenia. Umowa Ubezpieczenia jest automatycznie przedłużona na kolejne odpowiednio 24 lub 36 miesięcy, o ile Ubezpieczający poprzez zapłatę, zgodnie z § 7 OWU, składki/pierwszej raty składki (w przypadku płatności w ratach) należnej za kolejny okres potwierdził chęć kontynuowania Ubezpieczenia na niezmienionych warunkach, z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej.
9. W przypadku, gdy warunki Ubezpieczenia mające obowiązywać w kolejnym okresie Ubezpieczenia ulegają zmianie, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego, pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w SUU, o zmianach warunków Ubezpieczenia nie później niż na 60 dni przed końcem bieżącego okresu Ubezpieczenia. Ubezpieczający może, poprzez zapłatę składki/pierwszej raty składki (w przypadku płatności w ratach), zgodnie z § 7 OWU, wyrazić zgodę na kontynuowanie Ubezpieczenia na tych zmienionych warunkach, z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej.
10. W przypadku braku zapłaty, zgodnie z § 7 OWU, składki/pierwszej raty składki (w przypadku płatności w ratach) należnej za kolejny okres ubezpieczenia Umowa Ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem dotychczasowej Umowy Ubezpieczenia.
11. Umowa Ubezpieczenia może nie zostać przedłużona na kolejny okres, jeżeli na 60 dni przed końcem bieżącego okresu Ubezpieczenia którakolwiek ze stron złoży oświadczenie o nie przedłużeniu Umowy Ubezpieczenia na kolejny okres pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w SUU, z zastrzeżeniem § 12 pkt. 2) OWU.
12. W przypadku przedłużenia umowy zgodnie z ust. 8 Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o datach początkowej i końcowej nowego okresu ubezpieczenia, na który została przedłużona Umowa Ubezpieczenia.
13. W przypadku przedłużenia Umowy Ubezpieczenia zgodnie z ust. 9, Ubezpieczający otrzyma nową SUU.

§ 7. SKŁADKA

1. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest przez Ubezpieczającego jednorazowo za cały okres ubezpieczenia lub w 24 lub odpowiednio 36 (w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego okresu ubezpieczenia) równych ratach, w terminach płatności wybranych przez Ubezpieczającego, wskazanych w SUU. W przypadku przedłużenia Umowy Ubezpieczenia wysokość składki/rat składki (w przypadku płatności w ratach) określona jest w nowej (kolejnej) Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. Wysokość składki/raty składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
3. Wysokość składki jest ustalana po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwzględnieniem Sumy Ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku płatności składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki podanej w SUU może spowodować ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wówczas, gdy Ubezpieczyciel po upływie terminu zapłaty kolejnej raty składki wezwał Ubezpieczającego do jej zapłaty z pouczeniem, że brak zapłaty raty składki w terminie 7 dni od otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
5. Wezwanie, o którym mowa w ust.4 Ubezpieczyciel przekaże Ubezpieczającemu w uzgodnionej formie np. poprzez wiadomości SMS na numer telefonu Ubezpieczającego podany w SUU lub w formie pisemnej na adres wskazany w SUU lub przez e-mail na adres podany w SUU.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty składki w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

§ 8. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, WYPŁATA I REALIZACJA ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Zgłoszenia roszczenia o wypłatę lub realizację świadczenia można dokonać w jeden z poniższych sposobów:
   1) telefonicznie pod numerem: **(0) 801 88 9979** podając:
      a) dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz PESEL lub nr SUU),
      b) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
      c) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą;
   2) pocztą elektroniczną – przesyłając e-mail na adres: roszczenia@pl.cnpsantander.com;
   3) pisemnie – na adres:
      a) CNP Santander Insurance Europe DAC,
         - 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa, lub
         - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irlandia,
      b) Santander Consumer Bank S.A., ul Strzegomska 42C, 53-611 Wrocław;
   4) osobiście – w jednej z placówek Agenta.
2. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, niezbędne jest przedłożenie Agentowi lub Ubezpieczycielowi dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu:

Wymagane dokumenty	Zakres ubezpieczenia A	Zakres ubezpieczenia B
1) Wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Ubezpieczyciela lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane niezbędne do ustalenia okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia (nie dotyczy zakresu: Świadczeń medycznych, Powtórnej opinii medycznej i Assistance pomocnego zgłaszanych telefonicznie)	●	●
2) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia (nie dotyczy zakresu: Świadczeń medycznych, Powtórnej opinii medycznej i Assistance pomocnego zgłaszanych telefonicznie)	●	●
3) Wynik badania histopatologicznego	●	●
4) Kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego potwierdzająca przyczynę Zdarzenia ubezpieczeniowego, w zakresie, w jakim jest on (lub zgłaszający roszczenie) w jej posiadaniu, w tym: • karta wypisowa ze szpitala w przypadku pobytu w szpitalu, • informacje o stanie zdrowia, diagnostyce lekarskiej, zastosowanym leczeniu, w tym operacjach wraz z wynikami badań.	●	●

A – Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, **B** – Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym

3. Dodatkowe informacje:
   1) Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia za zgodą Ubezpieczonego – do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu w zakresie określonym w przepisie art. 38 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w zgodzie wyrażonej przez Ubezpieczonego;
   2) Każde badanie wymienione w ramach diagnostyki laboratoryjnej (§ 5 pkt 14) traktowane jest, jako jedno świadczenie z maksymalnej liczby Świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez Lekarza prowadzącego;
   3) Koszty Świadczeń medycznych realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszych OWU pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia.
4. Realizacja Świadczeń medycznych i Assistance pomocnego odbędzie się po dostarczeniu przez Ubezpieczonego kopii wystawionego przez Lekarza prowadzącego skierowania do przeprowadzenia konsultacji, zalecenia dodatkowych badań lub świadczeń;
5. Realizacja świadczenia Powtórnej opinii medycznej, będącej rezultatem analizy wyłącznie dokumentacji medycznej, dostarczonej w formie pisemnej lub elektronicznej przez Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego, odbywa się w następujący sposób:
   1) Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu lub osobie upoważnionej przez Ubezpieczonego informacji o wymaganej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej opinii medycznej;
   2) warunkiem uzyskania Powtórnej opinii medycznej jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej (w formie pisemnej lub w formie elektronicznej, na trwałym nośniku, lub na adres mailowy wskazany przez Ubezpieczyciela), sporządzonej w języku polskim i podpisanej przez Lekarza prowadzącego;
   3) Ubezpieczyciel weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną pod kątem kompletności;
   4) w przypadku otrzymania niekompletnej dokumentacji medycznej uniemożliwiającej przygotowanie Powtórnej opinii medycznej, Ubezpieczyciel kontaktuje się z Ubezpieczonym lub osobą upoważnioną przez Ubezpieczonego w celu poinformowania o brakujących dokumentach;
   5) po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej, Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji Powtórnej opinii medycznej;
   6) Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazania Powtórnej opinii medycznej w możliwie najkrótszym terminie, nieprzekraczającym jednak 30 (trzydziestu) Dni roboczych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub osoby upoważnionej przez Ubezpieczonego kompletnej dokumentacji medycznej;
   7) w przypadku, gdy do wydania Powtórnej opinii medycznej konieczne będzie dalsze uzupełnienie tej dokumentacji i/lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Ubezpieczyciel niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego. Powtórna opinia medyczna zostanie wydana po uzupełnieniu tej dokumentacji i/lub po przeprowadzeniu dodatkowych badań;
   8) Ubezpieczyciel odsyła Powtórną opinię medyczną (w postaci zaszyfrowanych plików) na adres mailowy wskazany przez Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego. Powtórna opinia medyczna, na życzenie Ubezpieczonego, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny, podany przez Ubezpieczonego lub osobę upoważnioną przez Ubezpieczonego.
6. Wypłata świadczenia:
   1) Ubezpieczyciel jest zobowiązany spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie określonym w pkt 1 powyżej.

§ 9. BADANIE LEKARSKIE

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Ubezpieczyciela w zakresie określonym w zdaniu drugim niniejszego paragrafu. Ubezpieczony jest zobowiązany na koszt Ubezpieczyciela poddawać się w trakcie postępowania likwidacyjnego badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia.

§ 10. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych na skutek zdiagnozowania nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym bądź przedinwazyjnym w okresie pierwszych 6-ciu miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, chyba, że zostało zdiagnozowane w ramach Świadczeń medycznych, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 1 OWU, przy czym wyłączenie to nie ma zastosowania w przypadku: przedłużenia ubezpieczenia na warunkach określonych w § 6 ust. 8 – 14 OWU lub kontynuacji ubezpieczenia gdzie okres pomiędzy kolejnymi Umowami ubezpieczenia nie przekroczył 30 dni kalendarzowych.
2. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie są objęte wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
3. Ponadto, w zakresie Świadczeń medycznych, z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia powstałe w wyniku:
   1) zarażenia wirusem HIV oraz chorobami przenoszonymi drogą płciową;
   2) Wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkami;
   3) działania trucizny albo trujących gazów lub oparów;
   4) leczenia eksperymentalnego lub niepotwierdzonego badaniami;
   5) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza;
   6) poddania się zabiegowi ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu jego wykonania;
   7) poddania się operacjom plastycznym.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za treść Powtórnej opinii medycznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z Powtórnej opinii medycznej.
5. O ile Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia, w przypadku podania nieprawdy, co do stanu zdrowia przy zawarciu Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, chyba, że nie miało to wpływu na Zdarzenie ubezpieczeniowe.

§ 11. ODSTĄPIENIE LUB REZYGNACJA Z (WYPOWIEDZENIE) UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający ma prawo do rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia w każdym czasie.
3. Oświadczenie o odstąpieniu lub rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia może zostać złożone w formie pisemnego wniosku doręczonego Agentowi lub bezpośrednio Ubezpieczycielowi. Oświadczenia, o których mowa powyżej, powinny zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczającego, numer PESEL oraz numer Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta i płatności składki jednorazowo Ubezpieczającemu lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot zostanie dokonany niezwłocznie, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania od Ubezpieczającego oświadczenia woli w przedmiocie odstąpienia lub rezygnacji z (wypowiedzenia) Umowy Ubezpieczenia.
5. Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie trwania Ubezpieczenia spełnienie świadczenia spowodowało wyczerpanie Sumy ubezpieczenia.

§ 12. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczenie w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:
1) upływu okresu, za który została opłacona składka;
2) końcem okresu ubezpieczenia, w trakcie którego Ubezpieczony ukończył 65 rok życia;
3) śmierci Ubezpieczonego;
4) zdiagnozowania nowotworu w stadium inwazyjnym; przy czym Ubezpieczający jest uprawniony do korzystania z nabytych praw do świadczeń określonych w § 5 ust.1.4 i 1.5;
5) odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
6) złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia, w przypadku płatności składki jednorazowo;
7) upływu ostatniego dnia miesiąca Okresu ubezpieczenia w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z (wypowiedzeniu) Umowy Ubezpieczenia, i płatności składki w ratach.

§ 13. REKLAMACJE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
   1) pisemnie – na adres:
      CNP Santander Insurance Europe DAC,
      - 6 Piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa lub
      - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irlandia,
   2) pocztą elektroniczną – przesyłając e-mail na adres: reklamacje@pl.cnpsantander.com,
   3) telefonicznie pod numerem: (0) 801 88 99 79.

2. Osobą właściwą do rozpatrywania reklamacji z ramienia Ubezpieczyciela jest dyrektor operacyjny.
3. Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 3, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Ubezpieczyciel poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując i wyjaśniając przyczynę opóźnienia, wskazując okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.
5. O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Ubezpieczyciela w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
6. Jeżeli osoba fizyczna, która wystąpiła z Reklamacją, wyczerpała wszystkie możliwości rozstrzygnięcia kwestii będącej przedmiotem sporu na drodze dialogu z Ubezpieczycielem, wówczas taka osoba fizyczna ma prawo do wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub z powództwem do sądu powszechnego.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia będący Klientem może również zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
8. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów jest:
   - Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (strona www: www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny),
   - Rzecznik Finansowy (strona www: www.rf.gov.pl/).

§ 14. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

Z zastrzeżeniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych OWU, a postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, rozstrzygają postanowienia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.

§ 15. PODATKI

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dniu wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych i Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

§ 16. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego związane z Umową Ubezpieczenia powinny być przekazane do Ubezpieczyciela pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. Korespondencja wysyłana przez Ubezpieczyciela do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatnio wskazany adres Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

§ 17. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW

1. Do Umów Ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych OWU stosuje się prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednie przepisy prawa, w tym Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Wszelka korespondencja pomiędzy stronami Umowy Ubezpieczenia powinna być prowadzona w języku polskim.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
4. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 18. AKTUALIZACJA INFORMACJI

Ubezpieczający i Ubezpieczyciel są zobowiązani do niezwłocznego informowania siebie nawzajem o zmianach swoich danych w zakresie:
1) danych kontaktowych (w szczególności adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
2) danych identyfikacyjnych (w szczególności imię i nazwisko, numer PESEL).

Informacje o zmianach powinny być przekazane pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

§ 19. POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest ogłaszane przez Ubezpieczyciela na stronie internetowej Ubezpieczyciela, o ile jest to wymagane przez przepisy prawa.

Dublin, 17 czerwca 2019