

Formularz do OWU – indeks EP/2021/03

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 3 ust. 2 § 12 § 14 ust. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 Tabela nr 3 – Tabela inwalidztwa Regulamin usług medycznych: § 1 ust. 2, 3, 5, 6, 7, 9 § 3 ust. 1 § 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1 § 11 § 13 Regulamin usług medycznych: § 1 ust. 4, 8 § 2 § 3 ust. 2 § 5 ust. 5

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia – indeks EP/2021/03 („OWU”) stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych z Towarzystwem.
2. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść Umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia (Towarzystwa i Ubezpieczającego), jak również Ubezpieczonego, Uposażonego i innych uprawnionych z Umowy ubezpieczenia.

Definicje

§ 2

Określenia użyte w OWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **Adres pobytu** – adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który wskazał Ubezpieczony, zgłaszając do Centrum Alarmowego Towarzystwa Zdarzenie medyczne, pod którym lub do którego ma być świadczona usługa medyczna;
- 2) **Adres zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane we Wnioskopolisie poprzez podanie dokładnego adresu;
- 3) **Agent** – działający na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym przedsiębiorcy, wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisani do rejestru agentów ubezpieczeniowych, w tym Euro Providus S.A.;
- 4) **Amputacja** – całkowita anatomiczna utrata (usunięcie) narządu;
- 5) **Centrum Alarmowe Towarzystwa** – podmiot działający w imieniu i na rzecz Towarzystwa, zajmujący się zleconymi czynnościami ubezpieczeniowymi w ramach likwidacji szkód, a w szczególności organizacją świadczeń medycznych, przyjmujący zgłoszenia pod numerem telefonu + 48 22 575 97 60;
- 6) **Choroba przewlekła** – choroba zdiagnozowana przed rozpoczęciem Okresu ubezpieczenia, charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu ubezpieczenia;
- 7) **Choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentyście, przy czym rozpoznanie może być utrwalone także w formie akronimu albo pod postacią kodu ICD-10;
- 8) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień następujący po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dzień uruchomienia pożyczki, pod warunkiem zapłaty Składki w wymaganej wysokości, z zastrzeżeniem że odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Zdarzeń medycznych w Okresie ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 14 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 9) **Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych ryzyk:
 - a) Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, mającym miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - b) Inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – data Nieszczęśliwego wypadku, w wyniku którego powstało inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - c) Śmierć, śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego, śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – dzień zgonu Ubezpieczonego,
 - d) Zdarzenie medyczne – dzień zaistnienia Nagłego zachorowania, o którym mowa w pkt 15) lub dzień zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w pkt 17), uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego zgodnie z Regulaminem;
- 10) **Inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – trwałe upośledzenie funkcji organizmu, którego zakres został wskazany w tabeli nr 3 (tabela inwalidztwa) zawartej w niniejszych OWU;
- 11) **Klient** – osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Euro Providus S.A. albo Partnerem biznesowym Euro Providus Umowę pożyczki;
- 12) **Lek** – określony w zakresie leków, gotowy lek w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, którego zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty;
- 13) **Lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa** – osoba wskazana przez Centrum Alarmowe Towarzystwa i uprawniona do występowania w imieniu Towarzystwa oraz uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem;
- 14) **Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- 15) **Nagłe zachorowanie** – powstała w sposób nagły choroba, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia, powodująca konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagająca interwencji pogotowia ratunkowego – dotyczy Regulaminu;
- 16) **Niedowład** – całkowita i trwała utrata funkcji nerwu;
- 17) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia i spowodowało fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego, przy czym nie uważa się za Nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego; na potrzeby Zdarzeń medycznych jest to dodatkowo zdarzenie skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej, jednak niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;
- 18) **Okres ubezpieczenia** – okres 12 miesięcy udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo, rozpoczynający się od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 19) **Partner biznesowy** – podmiot współpracujący z Euro Providus, wskazany w załączniku nr 3 do Umowy agencyjnej;
- 20) **Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami 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; za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa – dotyczy Regulaminu;
- 21) **Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, którego pierwszy dzień przypada w Okresie ubezpieczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, którego celem jest leczenie obrażeń ciała doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku; okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze Szpitala (liczone są dni kalendarzowe);
- 22) **Regulamin** – Regulamin usług medycznych, stanowiący załącznik do niniejszych OWU;
- 23) **Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, płatna przez Ubezpieczającego;
- 24) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
- 25) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wystąpienia poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 26) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka, w tym szpitala, sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także oddziału i ośrodka rehabilitacji ani ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic;
- 27) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.;

- 28) **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł Umowę ubezpieczenia;
- 29) **Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, będący jednocześnie Ubezpieczającym;
- 30) **Umowa pożyczki** – umowa zawarta pomiędzy pożyczkobiorcą a instytucją pożyczkową, w rozumieniu ustawy z 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim, tj. z Euro Providus albo Partnerem biznesowym, będąca jednym z warunków zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 31) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 32) **Uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego, którym jest Ubezpieczony, Uposażony albo inna osoba zgodnie z postanowieniami OWU uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 33) **Utrata** (organu lub funkcji danego organu) – Amputacja lub całkowita i trwała utrata funkcji danego organu;
- 34) **Wnioskopolisa** – dokument ubezpieczeniowy podpisany przez Ubezpieczającego i uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, stanowiący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a w przypadku podpisania przez Towarzystwo lub Agenta – będący potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo;
- 35) **Wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, podejmowana dobrowolnie w celu rywalizacji sportowej lub dla uzyskania maksymalnych wyników sportowych, obejmująca treningi, udział w zawodach, imprezach, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu – dotyczy Regulaminu;
- 36) **Wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, który miał miejsce na drodze publicznej w rozumieniu przepisów prawa polskiego, w Okresie ubezpieczenia, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym – motorowerem, pojazdem silnikowym,
 - b) rowerzysta,
 - c) pieszy;
- 37) **Zdarzenie medyczne** – Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachowanie, uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego przez Ubezpieczonego zgodnie z Regulaminem;
- 38) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – w zależności od wariantu ubezpieczenia, następujące zdarzenia:
 - a) Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia,
 - b) Inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - c) śmierć, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - d) śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego, która nastąpiła nie później niż w terminie 180 dni od dnia Wypadku komunikacyjnego,
 - e) śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż w terminie 180 dni od dnia Nieszczęśliwego wypadku, oraz
 - f) Zdarzenie medyczne mające miejsce w Okresie ubezpieczenia, a także potrzeba medyczna powstała w Okresie ubezpieczenia i zgłoszona w tym okresie w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia – w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia – może obejmować Zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w § 2 pkt 38) OWU.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie prawidłowo wypełnionego i zaakceptowanego przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa dokumentu Wnioskopolisy. Klient może

zawrzeć Umowę ubezpieczenia nie później niż 14 dni od dnia zawarcia Umowy pożyczki.

2. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie przez Ubezpieczającego oświadczeń o treści i formie wymaganej przez Towarzystwo w dokumencie Wnioskopolisy.
3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na Okres ubezpieczenia.
4. Ubezpieczającym może być Klient, który:
 - 1) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 71. roku życia;
 - 2) posiada Adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) złożył prawidłowo wypełniony dokument Wnioskopolisy wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Towarzystwo oświadczeniami, objętymi formularzem tej Wnioskopolisy.
5. Osobom, które nie spełniają warunków określonych w ust. 4 powyżej, Towarzystwo nie udziela ochrony ubezpieczeniowej, nawet jeżeli opłacona została składka za taką osobę. W razie ujawnienia takiego przypadku Składka podlega zwrotowi.
6. W ramach jednej Umowy pożyczki może zostać zawarta tylko jedna Umowa ubezpieczenia, w ramach której tylko jeden Ubezpieczony objęty będzie ochroną ubezpieczeniową.
7. Ubezpieczający może zawrzeć w tym samym czasie tylko trzy Umowy ubezpieczenia na podstawie OWU.

Ochrona ubezpieczeniowa i odpowiedzialność Towarzystwa

§ 5

1. Świadczeniami medycznymi objęte są wyłącznie Zdarzenia medyczne zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a wszystkie świadczenia w ramach Umowy ubezpieczenia realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) upływu ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 72 lat;
 - 3) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem następującym po dniu, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia;
 - 4) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu w formie pisemnej.
5. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w pełnej wysokości.
6. Po upływie terminu wskazanego w ust. 3 powyżej, Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w formie pisemnej ze skutkiem na koniec dnia, w którym Ubezpieczający złożył bezpośrednio do Towarzystwa lub za pośrednictwem Agenta oświadczenie woli o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu część wpłaconej Składki za okres, w którym Towarzystwo nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej.
8. Składka zapłacona za okres udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.
9. W przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty pożyczki ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana, pod warunkiem że Ubezpieczony złoży oświadczenie o woli kontynuowania Umowy ubezpieczenia po wcześniejszej całkowitej spłacie pożyczki.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego

§ 6

1. Ubezpieczający ma obowiązek:
 - 1) opłacać Składkę;
 - 2) powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych osobowych podanych we Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczający jest uprawniony w szczególności do:
 - 1) odstąpienia lub wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia;
 - 2) składania reklamacji, w tym skarg i zażaleń.

Ubezpieczony

§ 7

1. Ubezpieczony jest uprawniony do wskazania Uposażonych i ich zmiany.
2. Ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia.

Uposażony

§ 8

1. Ubezpieczony, składając pisemne oświadczenie, może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych. W przypadku wskazania więcej niż jednej osoby jako Uposażonych Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu z dokładnością do 1%. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu lub określenia udziałów, których suma nie stanowi 100%, przyjmuje się, że udziały Uposażonych są równe. Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, jego prawo przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w świadczeniu. Za osobę, która zmarła przed śmiercią Ubezpieczonego, uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.
3. W czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony może dokonać zmiany Uposażonych, składając pisemne oświadczenie Towarzystwu.
4. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego przypada w kolejności:
 - 1) współmałżonkowi Ubezpieczonego, a w razie jego braku;
 - 2) dzieciom w równych częściach, w przypadku braku współmałżonka;
 - 3) rodzicom w równych częściach, w przypadku braku współmałżonka i dzieci;
 - 4) rodzeństwu w równych częściach, w przypadku braku współmałżonka, dzieci i rodziców;

Tabela nr 2 – Sumy ubezpieczenia

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Wariant ubezpieczenia			
	Podstawowy	Standard	Premium	Prestige
Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (od 3. dnia)	maks. 9 000 PLN (50 PLN za dzień)	maks. 9 000 PLN (50 PLN za dzień)	maks. 18 000 PLN (100 PLN za dzień)	maks. 27 000 PLN (150 PLN za dzień)
Inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	3 000 PLN	8 000 PLN	16 000 PLN	24 000 PLN
Śmierć Ubezpieczonego	117 PLN	440 PLN	660 PLN	880 PLN
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego	n/d	45 000 PLN	70 000 PLN	80 000 PLN
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	n/d	30 000 PLN	50 000 PLN	60 000 PLN
Zdarzenie medyczne lub potrzeba medyczna Ubezpieczonego	zgodnie z Regulaminem			

- 5) spadkobiercom ustawowym w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym, w przypadku braku współmałżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa.

Obowiązki Towarzystwa

§ 9

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- 2) doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu potwierdzającego zawarcie Umowy ubezpieczenia w postaci Wnioskopolisy;
- 3) wypłaty świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia;
- 4) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Składka

§ 10

1. Wysokość Składki zależy od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia i wynosi:

Tabela nr 1 – Wysokość Składki

Wariant	Wysokość Składki
Podstawowy	117 PLN
Standard	440 PLN
Premium	660 PLN
Prestige	880 PLN

2. Wysokość należnej Towarzystwu Składki określona jest we Wnioskopolisie.
3. Składka należna jest za Okres ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej, i jest płatna z góry przez Ubezpieczającego, na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa, za pośrednictwem Agenta.

Sumy ubezpieczenia

§ 11

1. Sumy ubezpieczenia są określone dla każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz wariantu ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu jednego i wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, i ulegają zmniejszeniu o kwoty wypłaconych świadczeń.
2. Sumy ubezpieczenia i limity świadczeń dla Zdarzeń medycznych są szczegółowo wskazane w Regulaminie.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 12

Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

1. W razie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, trwającego nieprzerwanie co najmniej 3 dni, którego pierwszy dzień przypadał w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie w kwocie równej:

- 1) w przypadku wariantu Podstawowego: 50 PLN;
- 2) w przypadku wariantu Standard: 50 PLN;
- 3) w przypadku wariantu Premium: 100 PLN;
- 4) w przypadku wariantu Prestige: 150 PLN.

za każdy dzień pobytu w szpitalu, z wyłączeniem pierwszych dwóch dni, maksymalnie do wyczerpania Sumy ubezpieczenia określonej w tabeli nr 2 – Sumy ubezpieczenia.

2. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci część świadczenia, wskazaną we wniosku, przed zakończeniem tego pobytu.

Inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

3. W przypadku Inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który to wypadek miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości odpowiadającej iloczynowi Sumy ubezpieczenia z tytułu Inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, właściwej dla wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia, wskazanej w tabeli nr 2 – Sumy ubezpieczenia, i procentu inwalidztwa określonego w tabeli nr 3 – Tabela inwalidztwa.

Tabela nr 3 – Tabela inwalidztwa

Rodzaj inwalidztwa	Procent inwalidztwa
Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Całkowity niedowład czterokończynowy	100%
Całkowita utrata mowy	100%
Całkowita utrata obu kończyn dolnych lub obu podudzi	100%
Całkowita utrata obu kończyn górnych lub obu przedramion	100%
Całkowita utrata ramienia	75%
Całkowita utrata przedramienia	70%
Całkowita utrata kończyny dolnej powyżej kolana	70%
Całkowita utrata kończyny dolnej poniżej kolana	60%
Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50%
Całkowita utrata dłoni	50%
Całkowita utrata stopy	50%
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30%
Całkowita utrata kciuka	15%
Całkowita utrata dużego palca u stopy	10%
Całkowita utrata każdego z palców dłoni oprócz kciuka	5%
Całkowita utrata każdego z palców u stopy oprócz palucha	4%

Śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

4. W przypadku:

- 1) śmierci Ubezpieczonego, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia;
- 2) śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego, która nastąpiła nie później niż w terminie 180 dni od dnia Wypadku komunikacyjnego, lub

3) śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż w terminie 180 dni od dnia Nieszczęśliwego wypadku,

Towarzystwo wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, właściwej dla wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia, wskazanej w tabeli nr 2 – Sumy ubezpieczenia.

5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oraz śmierci Ubezpieczonego.

Zdarzenia medyczne

6. W razie Zdarzenia medycznego, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, a także potrzeby medycznej powstałej w Okresie ubezpieczenia i zgłoszonej w tym okresie do Medycznej Platformy Informacyjnej, Towarzystwo zorganizuje świadczenie medyczne zgodnie z Regulaminem.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 4) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
- 5) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
- 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 7) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
- 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
- 9) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego,

- lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.
2. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli celem Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest:
 - 1) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała;
 - 2) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 3) leczenie bólów kręgosłupa, niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli inwalidztwo Ubezpieczonego jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 4) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
 - 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 7) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 9) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.
 4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie jednego roku, licząc od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 3) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego nastąpiła po upływie 180 dni od dnia Wypadku komunikacyjnego albo jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 4) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła po upływie 180 dni od dnia Nieszczęśliwego wypadku albo jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 4) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 7) zdarzenia w ruchu lądowym, w szczególności w obrębie garaży lub placów budowy, które nie miało miejsca na drodze publicznej.

- 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 7) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 9) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia z umowy ubezpieczenia mogłaby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.
- ## Wypłata świadczenia
- ### § 14
1. Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia.
 2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 3. Bezsprawną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 1 powyżej. Wszelkie wypłaty świadczeń są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej na rachunek bankowy.
 4. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem lub – w przypadku wniosku Ubezpieczonego o częściową wypłatę świadczenia – zaświadczenia o Pobycie w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) opisu okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia, jeżeli został sporządzony (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku Wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie);
 - 5) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 6) kopii Umowy pożyczki.
 5. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) opisu okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) kopii opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital);
 - 4) kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku Wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub kopii postanowienia o umorzeniu postępowania);
 - 5) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem;
 - 6) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 7) kopii Umowy pożyczki.
 6. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopii karty statystycznej do karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci;
 - 4) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia;
 - 5) kopii odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia – jeżeli Uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego w przypadku, o którym mowa w § 8 ust. 4 pkt 5);
 - 6) kopii Umowy pożyczki.
 7. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopii karty statystycznej do karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci;
 - 4) kopii opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.);
 - 5) kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu policyjny), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postępowanie prokuratury, wyrok sądu);
 - 6) kopii dokumentacji medycznej z przychodni, Szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia;
 - 7) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia;
 - 8) kopii odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia – jeżeli Uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego w przypadku, o którym mowa w § 8 ust. 4 pkt 5);
 - 9) kopii Umowy pożyczki.
 8. W przypadku wystąpienia Zdarzeń medycznych lub potrzeby medycznej Ubezpieczonego należy postępować zgodnie z zapisami Regulaminu.

9. Jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, przedstawiciel ustawy lub opiekun prawny tej osoby są dodatkowo zobowiązani przedstawić:
 - 1) dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad uprawnionym do otrzymania świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego uprawnionych do otrzymania świadczenia.
10. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
11. Kopie dokumentów, o których mowa w ustępach 4–7 oraz 9–10 niniejszego paragrafu, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać poświadczane za zgodność z oryginałem przez notariusza, pracownika USC, Agenta lub pracownika Towarzystwa.
12. Kopia dokumentacji medycznej może być również poświadczona za zgodność z oryginałem przez pracownika przychodni, Szpitala lub innej Placówki medycznej, w której Ubezpieczony, był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
13. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
14. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, Ubezpieczony przesyła bezpośrednio do Towarzystwa na poniższy adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Roszczenie Bancassurance
15. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numery telefonu +48 22 599 95 22 (koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych), w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni wolnych od pracy, lub na adres e-mail: umowy.ubezpieczenia@uniqa.pl.
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą reklamację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, według właściwości określonej w § 16.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
11. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

Właściwość sądowa

§ 16

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy 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.
2. 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.

Postanowienia końcowe

§ 17

1. O ile umowa nie stanowi inaczej ani nie sprzeciwia się to powszechnie obowiązującym przepisom prawa, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
2. Zmiana danych teleadresowych wskazanych w § 14 ust. 14 i 15 nie stanowi zmiany umowy.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU oraz umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
4. Opodatkowanie świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia regulują przepisy polskiego prawa podatkowego, w szczególności ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
5. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa.
6. Integralną część warunków ubezpieczenia stanowi Formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

§ 18

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 16 lutego 2021 r.
2. Integralną część OWU stanowi Formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. Załącznikiem do OWU stanowiącym ich integralną część jest Regulamin usług medycznych.

Reklamacje

§ 15

1. Reklamacja to wystąpienie osoby fizycznej, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacja może być złożona Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – drogą pocztową na adres siedziby Towarzystwa: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
3. Reklamację wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
5. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).

Regulamin usług medycznych

Zakres świadczeń medycznych

§ 1

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w niniejszym Regulaminie oraz OWU.
 2. Przedmiotem świadczeń medycznych jest organizacja albo organizacja i pokrycie przez Towarzystwo kosztów świadczeń medycznych, określonych w niniejszym Regulaminie. Świadczenia medyczne realizowane są na rzecz Ubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Alarmowego Towarzystwa, w przypadku wystąpienia w Okresie ubezpieczenia jednego z następujących Zdarzeń medycznych:
 - 1) Nagłego zachorowania;
 - 2) Nieszczęśliwego wypadku.
 3. Ponadto w Okresie ubezpieczenia, w razie zajścia okoliczności uzasadniającej uzyskanie przez Ubezpieczonego informacji medycznej (potrzeba medyczna), Towarzystwo udzieli na zasadach ustalonych w § 4 ust. 1 niniejszego Regulaminu odpowiedniej informacji w ramach świadczenia medycznego „Medyczna Platforma Informacyjna”.
 4. Świadczeniami medycznymi objęte są wyłącznie Zdarzenia medyczne zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a wszystkie świadczenia w ramach Umowy ubezpieczenia realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 5. W razie zajścia Zdarzenia medycznego lub potrzeby medycznej, o której mowa w ust. 4, Ubezpieczonemu przysługują w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia następujące świadczenia medyczne, zgodnie z opisem danego świadczenia:
 - 1) Medyczna Platforma Informacyjna;
 - 2) Wizyta lekarza pierwszego kontaktu;
 - 3) Dostarczenie Leków;
 - 4) Zakup Leków;
 - 5) Wizyta u lekarza specjalisty;
 - 6) Wizyta u lekarza rehabilitacji;
 - 7) Wizyta fizjoterapeuty w miejscu wskazanym jako Adres pobytu;
 - 8) Wizyta pielęgniarki w miejscu wskazanym jako Adres pobytu.
 - 9) Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 10) Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego.
 6. Świadczenie medyczne „Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego” występuje wyłącznie w wariantcie Premium.
 7. Świadczenie medyczne „Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego” występuje wyłącznie w wariantcie Prestige.
 8. Towarzystwo spełnia świadczenie medyczne do wysokości limitów świadczeń lub limitu zdarzeń określonych w Regulaminie. Spełnienie każdego świadczenia powoduje zmniejszenie limitu świadczeń.
 9. W przypadku zgłoszenia realizacji świadczenia Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Towarzystwa kopię Umowy pożyczki.
 10. Wszystkie świadczenia realizowane są w następstwie zaistnienia Zdarzenia medycznego określonego dla danego świadczenia oraz z uwzględnieniem warunków dodatkowych i w zakresie szczegółowo uregulowanym w opisie poszczególnych świadczeń.
- 3) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody;
 - 4) chorób psychicznych Ubezpieczonego;
 - 5) próby samobójczej Ubezpieczonego;
 - 6) uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
 - 7) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 8) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolnione z obowiązku zwrotu wszelkich kosztów, jeżeli Ubezpieczony nie wykonał uprzedniego zgłoszenia żądania spełnienia świadczenia do Centrum Alarmowego Towarzystwa i poniósł koszty samodzielnej organizacji usług medycznych bez porozumienia z Centrum Alarmowym Towarzystwa, chyba że skontaktowanie się z Centrum Alarmowym Towarzystwa było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.
 3. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są Zdarzenia medyczne, które są skutkiem (pozostają w adekwatnym związku przyczynowym) Choroby przewlekłej lub Choroby zdiagnozowanej przed rozpoczęciem ochrony oraz ich powikłań i zaostreżeń, na które Ubezpieczony chorował przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
 4. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów:
 - 1) leczenia obrażeń ciała lub chorób, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem medycznym;
 - 2) leczenia sanatoryjnego.
 5. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów świadczeń, jeżeli Zdarzenie medyczne jest następstwem:
 - 1) operacji plastycznych, zabiegów ze wskazań kosmetycznych, helioterapii;
 - 2) chorób wenerycznych, AIDS i zakażenia wirusem HIV;
 - 3) zabiegu usuwania ciąży (aborcja);
 - 4) sztucznego zapłodnienia i każdego innego leczenia bezpłodności, a także zdarzeń medycznych związanych z zakupem środków antykoncepcyjnych;
 - 5) poddania się leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane ze Zdarzeniem medycznym (Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem).
 6. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - 1) Wyczynowego uprawiania sportu;
 - 2) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności z tytułu Zdarzeń medycznych

§ 2

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie medyczne jest następstwem:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru oraz działania wojennego, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;

Opisy świadczeń w ramach ubezpieczenia medycznego

§ 4

1. Medyczna Platforma Informacyjna

- 1) Na wniosek Ubezpieczonego, w razie wystąpienia potrzeby medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na wymienione niżej tematy:
 - a) NATYCHMIASTOWA POMOC – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania,
 - b) UKĄSZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
 - c) JEDNOSTKI CHOROBY – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - d) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diety (np. zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowe, cukrzycowe, ubogobiałkowe, bogatobiałkowe, niskokaloryczne, niskocholesterolowe, redukcyjne), zdrowe odżywianie, aktywne spędzanie czasu wolnego, walka ze stresem, odpoczynek i sen,
 - e) PROFILAKTYKA – profilaktyka zachorowań na gripę, profilaktyka antynikotynowa,
 - f) OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
 - g) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
 - h) BADANIA KONTROLNE – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - i) LEKI – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziom refundacji leków,
 - j) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
 - k) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowania medyczne dotyczące poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - l) GRUPY WSPARCIA – grupy wsparcia, telefony zaufania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczące pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na Choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, rodzicom ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
 - m) DZIAŁANIA ZWIĄZANE Z PODRÓŻĄ – działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. szczepienia, zagadnienia związane ze specyfiką danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.
- 2) Ponadto w ramach świadczenia Centrum Alarmowe zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.
- 3) Centrum Alarmowe Towarzystwa udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, Szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa,
 - b) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - c) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych),

7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za działania lub zaniechania lekarzy, fizjoterapeutów oraz pielęgniarek, których lub u których zorganizowało wizyty, zgodnie z niniejszym Regulaminem.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa bądź samowolnego podejmowania decyzji sprzecznych z zaleceniami Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa.
9. Informacje udzielane w ramach świadczenia „Medyczna Platforma Informacyjna” mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
10. W przypadku świadczenia „Dostarczenie Leków” Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie realizuje świadczenia w przypadku braków w asortymencie Leków w aptekach w promieniu 50 km od adresu zamieszkania.
11. W przypadku świadczeń medycznych wymagających zwolnienia służb medycznych, udzielających pomocy medycznej Ubezpieczonemu w związku z zaistnieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia Ubezpieczonego udzielenie świadczenia bezwzględnie wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na powyższe, w stosunku do Towarzystwa i podmiotów działających w jego imieniu. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, pod warunkiem iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie lub opóźnienie w wykonaniu świadczenia medycznego, jeśli opóźnienie lub niemożność wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami nadzwyczajnymi i niezależnymi od Towarzystwa, takimi jak strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego, siła wyższa, anomalie pogodowe, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych, ograniczonym lub niemożliwym dostępem do Ubezpieczonego, względnie do Adresu zamieszkania albo do innego adresu, w którym miało zostać spełnione świadczenie medyczne – mogącymi powodować niemożność realizacji danych świadczeń przez usługodawców.

Obowiązki Ubezpieczonego

§ 3

1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia medycznego, przed podjęciem działań we własnym zakresie, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie, skontaktować się z Centrum Alarmowym Towarzystwa, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu +48 22 575 97 60;
 - 2) podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń medycznych, a w szczególności:
 - a) PESEL,
 - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - c) miejsce zdarzenia,
 - d) Adres pobytu lub Adres zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,
 - e) telefon kontaktowy,
 - f) rodzaj wymaganej pomocy,
 - g) opis okoliczności zaistnienia Zdarzenia medycznego;
 - 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Towarzystwa, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe Towarzystwa, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania;
 - 4) zapobiec w miarę możliwości zwiększeniu szkody.
2. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakres świadczeń medycznych, Towarzystwo może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

- znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i rekomendowanych przez Centrum Alarmowe Towarzystwa,
- d) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - e) placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - f) placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.
- 4) Świadczenie nie jest ograniczone limitem świadczenia.
- 2. Wizyta lekarza pierwszego kontaktu**
- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony wymaga pomocy lekarskiej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty dojazdu i wizyty lekarza (wyłącznie internisty, pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej) w znajdującym się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejscu wskazanym jako Adres pobytu Ubezpieczonego.
 - 2) Świadczenie przysługuje wyłącznie 2 razy z tytułu wystąpienia jednego Zdarzenia medycznego w tym samym Okresie ubezpieczenia. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia z tytułu najwyższej dwóch Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 3. Dostarczenie Leków**
- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczonemu zostały zaordynowane Leki przez Lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, Ubezpieczony (z uwagi na swój stan zdrowia) nie może opuszczać Adresu pobytu, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Adresu pobytu Ubezpieczonego Leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego Towarzystwa recepty niezbędnej do wykupienia Leków.
 - 2) Świadczenie przysługuje wyłącznie 2 razy z tytułu wystąpienia jednego Zdarzenia medycznego w tym samym Okresie ubezpieczenia. Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu najwyższej dwóch Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 4. Zakup Leków**
- 1) Przy organizacji przez Towarzystwo świadczenia „Dostarczenie Leków”, o którym mowa w ust. 3, Towarzystwo w wariantach:
 - a) Podstawowym i Standard – pokrywa koszty dostarczonych Leków do kwoty 100 PLN.
 - b) Premium i Prestige – pokrywa koszty dostarczonych Leków do kwoty 200 PLN;
 - 2) Koszty nabycia Leków powyżej kwoty wskazanej w zdaniu pierwszym pokrywa Ubezpieczony. Zakup Leków dotyczy tylko Leków z recepty.
 - 3) Ubezpieczonemu przysługuje w tym samym Okresie ubezpieczenia wyłącznie jedno świadczenie zakupu Leków, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 5. Wizyta u lekarza specjalisty**
- 1) W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Centrum Alarmowe Towarzystwa – w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego – zorganizuje i pokryje w wariantach:
 - a) Podstawowym i Standard – koszty jednej wizyty Ubezpieczonego,
 - b) Premium i Prestige – koszty dwóch wizyt Ubezpieczonego u jednego z niżej wymienionych lekarzy specjalistów:
 - chirurg ogólny,
 - okulista,
 - otolaryngolog,
 - ortopeda,
 - kardiolog,
 - neurolog,
 - pulmonolog,
 - neurochirurg.
- 2) Ubezpieczonemu w tym samym Okresie ubezpieczenia w wariantach Podstawowym i Standard przysługuje wyłącznie jedno świadczenie „Wizyta u lekarza specjalisty”, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
 - 3) W wariantach Premium i Prestige przysługują wyłącznie dwa świadczenia „Wizyta u lekarza specjalisty”, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 6. Wizyta u lekarza rehabilitacji**
- 1) W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Centrum Alarmowe Towarzystwa, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego:
 - a) w wariantach Podstawowym, Standard i Premium – zorganizuje i pokryje koszty jednej wizyty Ubezpieczonego u lekarza rehabilitacji,
 - b) w wariantach Prestige – zorganizuje i pokryje koszty dwóch wizyt Ubezpieczonego u lekarza rehabilitacji.
 - 2) Ubezpieczonemu w tym samym Okresie ubezpieczenia:
 - a) w wariantach Podstawowym, Standard i Premium – przysługuje wyłącznie jedno świadczenie „Wizyta u lekarza rehabilitacji”, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia,
 - b) w wariantach Prestige – przysługują wyłącznie dwa świadczenia „Wizyta u lekarza rehabilitacji”, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 7. Wizyta fizjoterapeuty w miejscu wskazanym jako Adres pobytu**
- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu wskazanym jako Adres pobytu Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku gdy Adresem pobytu jest Placówka medyczna.
 - 2) Ubezpieczonemu przysługuje w tym samym Okresie ubezpieczenia wyłącznie jedno świadczenie „Wizyta fizjoterapeuty w miejscu wskazanym jako Adres pobytu”, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
 - 3) Towarzystwo pokryje koszty maksymalnie trzech godzin wizyty fizjoterapeuty w miejscu wskazanym jako Adres pobytu Ubezpieczonego.
- 8. Wizyta pielęgniarki w miejscu wskazanym jako Adres pobytu**
- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu wskazanym jako Adres pobytu (poza Placówką medyczną) – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje dojazd oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w miejscu wskazanym jako Adres pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.
 - 2) Ubezpieczonemu przysługują w tym samym Okresie ubezpieczenia wyłącznie dwa świadczenia „Wizyta pielęgniarki w miejscu wskazanym jako Adres pobytu”, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 9. Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego**
- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje wypożyczenie albo zakup oraz transport Sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca wskazanego jako adres pobytu Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku gdy adresem pobytu jest Placówka medyczna.

- 2) Świadczenie polega wyłącznie na organizacji i transporcie Sprzętu rehabilitacyjnego. Koszt zakupu lub wypożyczenia sprzętu pokrywa Ubezpieczony, przekazując środki na zakup lub wypożyczenie sprzętu przed organizacją świadczenia dostarczenia Sprzętu rehabilitacyjnego, w formie gotówkowej lub bezgotówkowej, po uzgodnieniu z Centrum Alarmowym Towarzystwa.
 - 3) Ubezpieczonemu przysługuje w tym samym Okresie ubezpieczenia wyłącznie jedno świadczenie (w tym jeden transport sprzętu rehabilitacyjnego) „Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego”, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 10. Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego**
- 1) Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu oraz transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca wskazanego jako Adres pobytu Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku gdy adresem pobytu jest Placówka medyczna.
 - 2) Towarzystwo pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do wysokości 300 zł. Koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego powyżej tej kwoty pokrywa Ubezpieczony.
 - 3) Ubezpieczonemu przysługuje w tym samym Okresie ubezpieczenia wyłącznie jedno świadczenie (w tym jeden transport

sprzętu rehabilitacyjnego) „Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego”, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.

Roszczenia regresowe

§ 5

1. Z dniem zapłaty świadczenia lub odszkodowania przechodzi na Towarzystwo przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, do wysokości wypłaconego przez Towarzystwo świadczenia lub odszkodowania (roszczenie regresowe).
2. Jeżeli Towarzystwo pokryło tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń co do pozostałej części szkody przed roszczeniem Towarzystwa.
3. Nie przechodzą na Towarzystwo roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, wobec osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Towarzystwu przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.
5. W razie zrzeczenia się, bez zgody Towarzystwa, przez Ubezpieczonego praw przysługujących mu roszczeń wobec osób trzecich z tytułu wyrządzonych szkód, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia, odpowiednio w całości lub części, lub zażądać zwrotu wypłaconego świadczenia.