



Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Medi dla Klientów PROFI CREDIT Polska S.A.

Rodzaj informacji	Numer wzorca jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust.14, 15, 17, 28, 29.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 9, § 10, § 11, § 12.

§ 1. Postanowienia ogólne

- Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Medi dla Klientów PROFI CREDIT Polska S.A. – (dalej: OWU) stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych przez Klientów PROFI CREDIT Polska S.A. z Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli działająca w Polsce przez Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce wchodząca w skład grupy AXA.
- OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść Umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia (Towarzystwa i Ubezpieczających, będących również Ubezpieczonym) i innych uprawnionych z Umowy ubezpieczenia.

§ 2. Definicje

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

- Adres zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu Ubezpieczającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane we Wnioskopolisie poprzez podanie adresu, a w przypadku zmiany - nowy adres zgłoszony do Ubezpieczyciela za pośrednictwem Agenta na piśmie;
- Agent** – PROFI CREDIT Polska S.A. z siedzibą w Bielsku Białej (43-300) przy ul. Browarnej 2 - uprawniony przedstawiciel Towarzystwa;
- 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;
- 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;
- Choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentystę, przy czym rozpoznanie może być utrwalone także w formie akronimu albo pod postacią kodu ICD-10;
- Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień, w którym rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Towarzystwo, jest to dzień następujący po dniu podpisania Wnioskopolisu, ale nie wcześniejszy niż od dnia następującego po dniu wymagalności pierwszej raty Składki, pod warunkiem jej opłacenia w tym terminie;
- Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego** – Pobyt w szpitalu – pierwszy dzień Pobytu w szpitalu;
- Klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych;
- Lek** – określony w zakresie leków gotowy produkt leczniczy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (j.t. Dz.U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 z późn. zm.), którego zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty;
- 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;

- Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- Miejsce pobytu** – adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który wskazał Ubezpieczony, zgłaszając do Centrum Alarmowego Towarzystwa zdarzenie medyczne, w którym lub do którego ma być świadczona usługa medyczna;
- Miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia poprzez podanie dokładnego adresu;
- 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;
- 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 przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego; na potrzeby świadczeń medycznych jest to dodatkowo zdarzenie skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej, jednak niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;
- Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całonocnej, 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;
- Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną całonocny pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 dni. W rozumieniu niniejszych OWU Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala;
- Wnioskopolis** – dokument ubezpieczeniowy podpisany przez Ubezpieczającego i uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, stanowiący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a w przypadku zaakceptowania przez Towarzystwo lub Agenta – będący potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, do której zapłaty zobowiązany jest Ubezpieczający, zgodnie z harmonogramem płatności rat składek;
- Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wystąpienia poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną Towarzystwa;
- Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na którego terytorium jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całonocnej 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 sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrawiskowego, ani oddziału i ośrodka rehabilitacji oraz ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic;
- 22) **Towarzystwo / Ubezpieczyciel** – Inter Partner Assistance SA z siedzibą w Brukseli działająca w Polsce przez Inter Partner Assistance SA Oddział w Polsce wchodząca w skład grupy AXA;
- 23) **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł Umowę ubezpieczenia;
- 24) **Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, będący jednocześnie Ubezpieczającym;
- 25) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 26) **Wariant ubezpieczenia** – możliwa do wyboru przez Ubezpieczającego wersja Umowy ubezpieczenia; warianty ubezpieczenia różnią się sumami ubezpieczenia, limitami świadczeń i wysokością Składki;
- 27) **Wycynowe uprawianie sportu** – forma działalności człowieka, 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;
- 28) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
- 29) **Zdarzenie medyczne** – nagle zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek.

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, oraz
 - Świadczenia medyczne:
 - Wizyta lekarza pierwszego kontaktu.
 - Dostarczenie leków.
 - Refundacja leków.
 - Wizyta u lekarza specjalisty.
 - Wizyta u lekarza rehabilitacji.
 - Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu.
 - Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego.
 - Transport do placówki medycznej.
 - Transport z placówki medycznej.
 - Transport pomiędzy placówkami medycznymi.
 - Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu.

§ 4. Zawarcie Umowy ubezpieczenia

- Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje, w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową na podstawie wypełnionej i zaakceptowanej przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa Wnioskopolisy.
- Do zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie przez Ubezpieczającego oświadczeń o treści i formie wymaganej przez Towarzystwo we Wnioskopolisie i opłacenie pierwszej raty Składki.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia. O odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego w formie pisemnej lub mailowo, o ile Ubezpieczający wyraził na to zgodę we Wnioskopolisie.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w Wnioskopolisie. Potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest Wnioskopolisa podpisana przez przedstawiciela Towarzystwa.
- Umowa ubezpieczenia, nie może jednak trwać dłużej niż do ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończy 75. rok życia,
- Ubezpieczającym może być Klient, który:
 - w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia miał ukończony 18. rok życia, a jednocześnie który nie ukończy 75. roku życia przed upływem Okresu ubezpieczenia;
 - posiada Adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - złożył wypełniony druk Wnioskopolisy wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Towarzystwo oświadczeniami zawartymi we Wnioskopolisie.
- Ubezpieczony w tym samym czasie może być objęty ochroną ubezpieczeniową maksymalnie z tytułu 3 Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU.

§ 5. Ochrona ubezpieczeniowa i odpowiedzialność Towarzystwa

- Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe, w przypadku których Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego miał miejsce w czasie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu rozpoczyna się po upływie 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - śmierci Ubezpieczonego;
 - odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - w przypadku złożenia wypowiedzenia - z końcem okresu, za który zapłacona została ostatnia rata Składki przez Ubezpieczającego;
 - zakończenia Okresu ubezpieczenia;
 - ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 75 rok życia;
 - w razie niezapłacenia w terminie kolejnej miesięcznej raty Składki – z bezskutecznym upływem 7-dniowego terminu od dnia otrzymania wezwania do zapłaty wysłanego przez Agenta w imieniu Towarzystwa.
- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. 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. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu za pośrednictwem Agenta w formie pisemnej na adres: Profi Credit Polska S.A., 43-300 Bielsko-Biała, ul. Browarna 2.

- Po upływie terminów wskazanych w ust. 4 Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia Towarzystwu za pośrednictwem Agenta składając oświadczenie w formie pisemnej ze skutkiem na dzień wskazany w ust. 3 pkt 3. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, jeżeli miesięczna rata Składki nie została zapłacona w terminie, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty przez Towarzystwo za pośrednictwem Agenta w dodatkowym terminie 7 dni.

§ 6. Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

- Ubezpieczający ma obowiązek opłacić Składkę oraz powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych osobowych podanych do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia oraz składania reklamacji, skarg i zażaleń.
- Ubezpieczający jest uprawniony w szczególności do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia oraz składania reklamacji, skarg i zażaleń.
- Ubezpieczony jest uprawniony w szczególności do otrzymania świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia.
- W przypadku zaistnienia zdarzenia medycznego, przed podjęciem działań we własnym zakresie, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym Towarzystwa, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu +48 22 529 85 73;
 - podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń medycznych, a w szczególności:
 - PESEL,
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - określić miejsce zdarzenia,
 - określić miejsce pobytu lub miejsce zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,
 - telefon kontaktowy,
 - rodzaj wymaganej pomocy,
 - opis okoliczności zaistnienia zdarzenia medycznego;
 - postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Towarzystwa, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe Assistance, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania;
 - zapobiec w miarę możliwości zwiększeniu szkody.
- Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 4, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakres świadczeń medycznych, Towarzystwo może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

§ 7. Obowiązki Towarzystwa

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- doręczenia Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, OWU i innych dokumentów niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia przed jej zawarciem;
- doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu potwierdzającego zawarcie Umowy ubezpieczenia w postaci Wnioskopolisy;
- wypłaty świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa;
- prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

§ 8. Składka

- Wysokość miesięcznej raty Składki zależy od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu ubezpieczenia i wynosi:

Składka	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Wysokość miesięcznej raty Składki	20,00 złotych	35,00 złotych	50,00 złotych

- Składka należna jest za Okres ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej i płatna jest przez Ubezpieczającego miesięcznie w ratach za pośrednictwem Agenta na rachunek bankowy Towarzystwa.
- Wysokość należnej Towarzystwu Składki oraz termin płatności pierwszej raty składki są określone we Wnioskopolisie.
- Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie jest świadczona.

§ 9. Sumy ubezpieczenia

- Sumy ubezpieczenia są określone dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych i wynoszą:

Zdarzenie ubezpieczeniowe:	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu	10 800,00 złotych	30 600,00 złotych	49 500,00 złotych

- Sumy ubezpieczenia są ustalane na 12-miesięczne okresy ubezpieczenia i ulegają zmniejszeniu w danym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia o kwoty wypłaconych świadczeń z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, dla których zostały ustalone, i które miały miejsce w danym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia.
- Sumy ubezpieczenia ulegają odnowieniu w każdym kolejnym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia.

§ 10. Świadczenia ubezpieczeniowe

Pobyt w szpitalu

- W razie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie wskazanej w ust. 2 za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu począwszy od czwartego dnia pobytu. Suma takich pojedynczych świadczeń w danym Okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
- Świadczenie za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (maksymalnie za 180 dni) wynosi:

Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
60,00 złotych	170,00 złotych	275,00 złotych

- Świadczenie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z zastrzeżeniem ust. 4-5 poniżej.
- W przypadku Pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego, po upływie każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu w szpitalu, Towarzystwo wypłaci część świadczenia przypadającą za ten okres – z uwzględnieniem limitu 180 dni, o którym mowa w ust. 2 powyżej.
- Jeżeli Pobyt w szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwa nieprzerwanie po jego zakończeniu, Towarzystwo wypłaci świadczenie za dni Pobytu w szpitalu po zakończeniu Okresu ubezpieczenia aż do wyczerpania limitu 180 dni, o którym mowa w ust. 2. Postanowienie ust. 4 powyżej stosuje się odpowiednio.

Świadczenia Medyczne

- Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU.
- Przedmiotem świadczeń medycznych jest organizacja albo organizacja i pokrycie przez Towarzystwo kosztów świadczeń medycznych określonych w niniejszych OWU Świadczenia medyczne realizowane są na rzecz Ubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Alarmowe Towarzystwa, w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia jednego z następujących zdarzeń medycznych:
 - nagłego zachorowania;
 - nieszcześnie wypadku.
- Napad w okresie ubezpieczenia, w razie zajścia okoliczności uzasadniającej uzyskanie przez Ubezpieczonego informacji medycznej (potrzeba medyczna), Towarzystwo udzieli na zasadach ustalonych w § 10 ust. 14 niniejszych OWU odpowiedniej informacji w ramach świadczenia medycznego „Medyczna Platforma Informacyjna”.
- Świadczeniami medycznymi objęte są wyłączenia zdarzenia medyczne zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a wszystkie świadczenia w ramach umowy ubezpieczenia realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- W razie zajścia zdarzenia medycznego, o którym mowa w ust. 7, Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia medyczne, zgodnie z opisem danego świadczenia:
 - Medyczna Platforma Informacyjna;
 - Wizyta lekarza pierwszego kontaktu;
 - Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu;
 - Dostarczenie leków;
 - Refundacja leków;
 - Wizyta u lekarza specjalisty;
 - Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu;
 - Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego;
 - Transport do placówki medycznej;
 - Transport z placówki medycznej;
 - Transport pomiędzy placówkami medycznymi.
- Towarzystwo spełnia świadczenia medyczne do wysokości limitów świadczeń lub limitu zdarzeń określonych w OWU Spełnienie każdego świadczenia powoduje zmniejszenie limitu świadczeń.
- Wszystkie świadczenia realizowane są w następstwie zaistnienia zdarzenia medycznego określonego dla danego świadczenia oraz z uwzględnieniem warunków dodatkowych, limitów i w zakresie szczegółowo uregulowanym w opisie poszczególnych świadczeń oraz tabeli świadczeń medycznych umieszczonej w ust. 13.
- Tabela Świadczeń Medycznych

Zakres produktu	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Medyczna platforma informacyjna	bez limitu	bez limitu	bez limitu
Wizyta lekarza pierwszego kontaktu w miejscu pobytu Ubezpieczonego	2 zdarzenia w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia max 2 wizyty na zdarzenie	3 zdarzenia w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, max 2 wizyty na zdarzenie	4 zdarzenia w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, max 2 wizyty na zdarzenie
Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu	2 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki	2 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki	4 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki
Dostarczenie leków	2 zdarzenia w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia max 2 razy na zdarzenie	3 zdarzenia w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia max 2 razy na zdarzenie	3 zdarzenia w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia max 2 razy na zdarzenie

Refundacja leków (tylko w połączeniu z dostarczeniem leków)	2 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, max 200 zł na zdarzenie	2 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, max 300 zł na zdarzenie	2 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, max 300 zł na zdarzenie
Wizyta u lekarza specjalisty	2 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	3 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	5 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty
Wizyta fizjoterapeuty w miejscu przebywania Ubezpieczonego	2 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia max 3 h na 1 wizytę zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	3 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia max 3 h na 1 wizytę zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	4 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia max 3 h na 1 wizytę zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty
Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego	Zorganizowanie bez refundacji	2 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia zorganizowanie + pokrycie kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do 600 zł	2 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia zorganizowanie + pokrycie kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do 1000 zł
Transport medyczny do/ z / pomiędzy placówkami medycznymi	3 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia max 1000 zł na zdarzenie	4 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia max 1000 zł na 1 zdarzenie	6 razy w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia max 1000 zł na 1 zdarzenie

14. Medyczna Platforma Informacyjna:

- 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:
 - NATYCHMIASTOWA POMOC – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania,
 - UKĄSZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
 - JEDNOSTKI CHOROBOWE – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 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,
 - PROFILAKTYKA – profilaktyka zachorowań na grype, profilaktyka antynikotynowa,
 - OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
 - PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
 - BADANIA KONTROLNE – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - LEKI – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziom refundacji leków,
 - ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
 - UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowania medyczne dotyczące poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - 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,
 - 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.
 - Ponadto w ramach świadczenia Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.
- Centrum Alarmowe Towarzystwa udzieli informacji na temat danych teled adresowych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 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,
 - placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i rekomendowanych przez Centrum Alarmowe Towarzystwa,
 - apteek 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.
3) Świadczenie nie jest ograniczone limitem świadczenia.
15. Wizyta lekarza:
- 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 miejscu pobytu Ubezpieczonego
 - 2) Świadczenie przysługuje wyłącznie 2 razy na jedno zdarzenie medyczne. Ubezpieczonemu w zależności od wariantu ubezpieczenia przysługują świadczenia od dwóch do czterech zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia zgodnie z ust 13. Tabelą Świadczeń Medycznych.
16. Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu:
- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu swojego pobytu (poza placówką medyczną) – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego – Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje 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 pobytu Ubezpieczonego.
 - 2) Maksymalny czas jednej wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu wynosi 4 h.
 - 3) 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.
 - 4) Ubezpieczonemu zgodnie z ust. 13 Tabelą Świadczeń Medycznych przysługuje od dwóch do czterech świadczeń „Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu”, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia.
17. 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 miejsca pobytu, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza prowadzącego.
 - 2) Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego Towarzystwa recepty niezbędnej do wykupienia leków.
18. Refundacja leków:
- 1) Przy organizacji przez Ubezpieczyciela świadczenia „Dostarczenie leków”, o którym mowa w ust. 3, Towarzystwo pokrywa koszty dostarczonych leków zgodnie z ust. 13 Tabelą Świadczeń Medycznych. Powyżej tej kwoty koszt nabycia leków pokrywa Ubezpieczony.
 - 2) Refundacja leków dotyczy tylko leków z recepty.
 - 3) Ubezpieczonemu przysługują maksymalnie dwa 2 świadczenia refundacji leków, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia.
19. 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 koszty wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty w okresie ubezpieczenia.
 - 2) Ubezpieczonemu w zależności od wariantu ubezpieczenia przysługuje od dwóch do pięciu wizyt u lekarza specjalisty zgodnie z ust 13. Tabelą Świadczeń Medycznych.
20. Wizyta fizjoterapeuty w miejscu 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 dwóch wizyt fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku gdy miejscem pobytu jest placówka medyczna.
 - 2) Ubezpieczonemu zgodnie z ust. 13 przysługuje od dwóch do czterech świadczeń „Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu”, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym okresie ubezpieczenia.
 - 3) Towarzystwo pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, której czas trwania nie przekracza trzech godzin.
21. 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 bez pokrycia kosztu wypożyczenia lub zakupu albo w Wariancie 2 i 3 ubezpieczenia zorganizuje i pokryje koszt wypożyczenia albo zakupu oraz transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku gdy miejscem pobytu jest placówka medyczna.
 - 2) Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia, wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie z ust. 13 Tabelą Świadczeń Medycznych.
 - 3) Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia „Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego” bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia.
22. Transport do placówki medycznej:
- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do placówki medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z miejsca jego pobytu do najbliższej odpowiedniej placówki medycznej dostosowanej do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu.
 - 2) O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
 - 3) Ubezpieczonemu przysługuje w zależności od wariantu ubezpieczenia od trzech do sześciu świadczeń „Transport do placówki medycznej”, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia.
23. Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania:
- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczony przebywa w placówce medycznej i – zgodnie z dokumentacją medyczną – wymaga transportu z placówki medycznej do miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego.
 - 2) O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
 - 3) Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia – „Transport pomiędzy placówkami medycznymi”, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia.
- § 11. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa**
- Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu
- 1) Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba, że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) działań energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 4) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 5) 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;
 - 6) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 7) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 8) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 9) 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 wytycznymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowery, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazda 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;
 - 10) 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;
 - 11) 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;
 - 12) następującej choroby lub niepełnosprawności: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, choroby wieńcowej, choroby tętnic, miażdżycy, tętniaka, choroby naczyń mózgowych, udaru mózgu, choroby nadciśnieniowej, zaburzenia rytmu serca, choroby nowotworowej, padaczki, cukrzycy, niewydolności nerek, zwiłknięcia i marskości wątroby, choroby trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, gruźlicy, sepsy, choroby psychicznej, jeżeli te choroby lub niepełnosprawności były rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed dniem początku ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej i były przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 13) bólów kręgosłupa, nie potwierdzonych wynikami badań radiologicznych.
 - 2) Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:
 - 1) poród siłami natury, nie związany z patologią ciąży lub położniczymi powikłaniami okoloporodowym;
 - 2) poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba, że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;

- 3) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są choroba lub obrażenia ciała;
- 4) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
- 5) leczenie dysfunkcji psychicznych i/lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwicy;
- 6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego.

§ 12. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych

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;
 - 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 bójkę, 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 słusznosci.
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 istniejącej przed rozpoczęciem ochrony oraz ich powikłań i zaostrzeń.
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 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 rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, 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 aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowery, 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.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za działania lub zaniechania lekarzy, fizjoterapeutów oraz pielęgniarek, u których lub których zorganizowało wizyty, zgodnie z niniejszym OWU.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa bądź samowolne podejmowanie 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 za braki w asortymencie leków w aptekach w promieniu 50 km od miejsca zamieszkania.
11. W przypadku świadczenia „Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego” koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego nie są pokrywane. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.
12. 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.

13. 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 miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie medyczne – mogącymi powodować niemożność realizacji danych świadczeń przez usługodawców.

§ 13. Wypłata świadczenia

1. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 1.
3. Wypłaty świadczeń są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej lub przekazem pocztowym, zgodnie z dyspozycją osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
4. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia,
 - 2) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego, dokumentacji medycznej z leczenia Ubezpieczonego obejmująca okres 2 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia i okres od dnia przystąpienia do ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia,
 - 3) jeżeli zdarzenie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku - kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie),
 - 4) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
5. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
6. Dokumenty, o których mowa w ustępach 4–5, powinny zostać złożone w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ, który je wydał, Agenta albo pracownika Towarzystwa.
7. Kopia dokumentacji medycznej może być również potwierdzona 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.
8. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, uprawniony do otrzymania świadczenia przesyła bezpośrednio do Towarzystwa na poniższy adres: Inter Partner Assistance Polska S.A. ul. Prosta 68; 00-838 Warszawa XXX
9. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numery telefonu + 48 22 529 85 73 (koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonycznych), w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni wolnych od pracy.

§ 14. Realizacja Świadczeń Medycznych

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 22 529 85 73
 - 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) określić miejsce zdarzenia,
 - d) określić miejsce pobytu lub miejsce 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 Assistance, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, 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.

§ 15. Reklamacje i spory sądowe

1. Reklamacje składa się:
 - 1) w formie pisemnej:
 - a) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub w placówce Agenta;
 - b) przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela:
Dział Jakości Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68; 00-838 Warszawa;
 - 2) drogą elektroniczną na adres e-mail: quality@axa-assistance.pl.
2. Przesłane zgłoszenie powinno zawierać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Klienta; nazwa firmy;
 - 2) pełen adres korespondencyjny Klienta lub
 - 3) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź;
 - 4) wskazanie umowy ubezpieczenia, której dotyczy Reklamacja;
 - 5) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację;
 - 6) oczekiwane przez Klienta działania;
 - 7) w przypadku, gdy Klient oczekuje przesłania odpowiedzi drogą elektroniczną – żądanie Klienta w tym zakresie.
3. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, Ubezpieczyciel wystąpi do Klienta o ich dostarczenie.
4. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
6. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy, chyba że Klient wnosil o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną – wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail.
7. Klient może wystąpić na drogę sądową. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego bądź miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, Uposażonego lub ich spadkobierców.
8. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
9. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z umową ubezpieczenia. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl/>.

§ 16 Postanowienia końcowe

1. Wszystkie oświadczenia, zawiadomienia i wnioski związane z treścią umowy ubezpieczenia składane do Ubezpieczyciela, z wyłączeniem tych, które na podstawie niniejszych OWU przekazywane są do Centrum Pomocy Assistance, powinny zostać złożone w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Dokumentacja związana z ustaleniem odpowiedzialności ubezpieczyciela kierowana do Centrum Pomocy Assistance oraz Reklamacje mogą być doręczane za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres likwiadacja@axa-assistance.pl. Na żądanie Centrum Pomocy Assistance, w uzasadnionych przypadkach, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia oryginałów dokumentów uprzednio przekazanych za pomocą poczty elektronicznej.
2. We wszelkich kontaktach i prowadzonej z Ubezpieczycielem korespondencji obowiązują język polski. Dla dokumentacji medycznej dopuszcza się języki obce, jednak Ubezpieczyciel może wymagać przedłożenia dokumentacji przetłumaczonej przysięgle z języka obcego na język polski.
3. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze OWU właściwym jest prawo polskie.
4. Pomoc Ubezpieczonemu w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym udzielana jest zgodnie z przepisami państwa, w którym jest ona świadczona lub w ramach przepisów międzynarodowych.
5. O ile OWU nie stanowią odmiennie, informacje, dokumenty i oświadczenia związane z Umową ubezpieczenia będą przekazywane pisemnie lub drogą elektroniczną, lub w innej formie zaakceptowanej przez Strony lub przewidzianej przez przepisy prawa.
6. W sprawach nieuregulowanych w Umowie ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.
7. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce Zarządzeniem nr 17/2019 z dnia 23.07.2019 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 01.09.2019 r.
8. 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.

Jan Čupa



Dyrektor Generalny
Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce