

Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Medyczny NOVUM

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	część I pkt 2 i 3 część V pkt 2, 3 i 4 Regulamin usług medycznych: część I i III
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	część VI Regulamin usług medycznych: część II



Autorem rysunków jest Bartosz Minkiewicz.

Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Medyczny NOVUM (indeks Novum/PM/2022/12) (dalej: OWU) stosuje się do umów ubezpieczenia zawartych z UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i określają wzajemne prawa oraz obowiązki stron, a także regulują warunki ochrony ubezpieczeniowej.

Zanim zdecydujesz się na ubezpieczenie, zapoznaj się z dokumentami, które otrzymałeś:

- OWU (wraz z regulaminem usług medycznych),
- dokumentem zawierającym informacje o produkcie,
- obowiązkami informacyjnymi wynikającymi z ustawy o prawach konsumenta (dotyczy umowy zawieranej na odległość).

SPIS TREŚCI

Co oznaczają te pojęcia?	3
I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
II. Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania	3
III. Prawa i obowiązki	4
IV. Składka	5
V. Suma ubezpieczenia, świadczenia ubezpieczeniowe	5
VI. Wyłączenia odpowiedzialności	6
VII. Reklamacje, właściwość sądów, prawo właściwe	7
VIII. Słownik pojęć	7
IX. Postanowienia końcowe	8
Dane kontaktowe	8
Załącznik – Regulamin usług medycznych	9

Co oznaczają te pojęcia?



Ty

Jesteś osobą, która zawiera z nami umowę ubezpieczenia, czyli ubezpieczającym, a zarazem osobą objętą ochroną ubezpieczeniową, czyli ubezpieczonym.



My

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.



Polisa

Dokument, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Kogo możemy objąć ubezpieczeniem?

Ubezpieczeniem możemy objąć Ciebie, jeśli masz co najmniej 18 i nie więcej niż 75 lat, mieszkasz na stałe w Polsce oraz jesteś klientem Novum Finance sp. z o.o.

2. Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego (ubezpieczenie osobowe) i świadczenia z regulaminu usług medycznych (ubezpieczenie majątkowe).

3. Jaki jest zakres ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia?

- Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - pobyt w szpitalu,
 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - usługi medyczne zgodnie z regulaminem usług medycznych.
- Dzień zdarzenia ubezpieczeniowego musi wystąpić w okresie trwania umowy ubezpieczenia.
- Sumy ubezpieczenia są wskazane w poniższej tabeli:

- W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczamy następstwa nieszczęśliwego wypadku polegające na pobycie w szpitalu lub złamaniu kości ubezpieczonego, jeśli nastąpiły one w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i których bezpośrednią przyczyną były fizyczne obrażenia ciała odniesione w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

II. Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania

1. W jaki sposób możesz zawrzeć umowę ubezpieczenia?

- Możesz zawrzeć umowę ubezpieczenia poprzez złożenie wniosku w trakcie nagrywanej rozmowy telefonicznej. W tej sprawie Novum Finance sp. z o.o. do Ciebie zadzwoni.
- Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta z dniem opłacenia składki lub pierwszej raty składki w przypadku płatności miesięcznej, pod warunkiem że złożysz wszystkie wymagane oświadczenia oraz zgody.

Zakres ubezpieczenia	Sumy ubezpieczenia		
	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Pobyt w szpitalu	18 000 zł	36 000 zł	54 000 zł
Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	18 000 zł	36 000 zł	54 000 zł
Złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku			
grupa I	100 zł	300 zł	400 zł
grupa II	500 zł	1 000 zł	1 500 zł
grupa III	2 000 zł	4 000 zł	6 000 zł
Usługi medyczne	wskazane w regulaminie usług medycznych	wskazane w regulaminie usług medycznych	wskazane w regulaminie usług medycznych

- 3) Po zawarciu umowy ubezpieczenia otrzymasz od agenta lub od nas polisę na adres korespondencyjny lub adres e-mail, który podałeś we wniosku.
- 4) Jeśli podejmiemy decyzję, że nie możemy zawrzeć z Tobą umowy, poinformujemy Cię o tym e-mailem.

2. Gdzie i jak długo działa ochrona ubezpieczeniowa?

- 1) Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie pobytu w szpitalu, pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku działa na całym świecie, a w zakresie usług medycznych – na terenie Polski.
- 2) W przypadku zawierania umowy pożyczki w Novum Finance sp. z o.o. możesz wybrać długość okresu ochrony przy założeniu, że minimalny jej okres będzie wynosić 12 miesięcy. Jeśli nie zawierasz umowy pożyczki w Novum Finance sp. z o.o. – ochrony udzielamy na okres 12 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (okres ubezpieczenia) z możliwością przedłużenia tego okresu.
- 3) W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia bez umowy pożyczki, po upływie każdego 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia może ulec przedłużeniu o kolejny 12-miesięczny okres ubezpieczenia na tych samych warunkach bądź na warunkach zmienionych zgodnie z pkt 3, ale nie dłużej niż do końca okresu ubezpieczenia, w którym ubezpieczony ukończy 75. rok życia. Możesz złożyć nam oświadczenie, że nie przedłużasz umowy ubezpieczenia o kolejny okres. Oświadczenie należy złożyć w formie pisemnej lub e-mailem w ciągu 30 dni poprzedzających koniec okresu ubezpieczenia. Adresy korespondencyjne oraz e-mailowe podane są na końcu OWU.
- 4) Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej to dzień następujący po dniu, w którym zawarłeś umowę ubezpieczenia.

PRZYKŁAD

Złożyłeś telefoniczny wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia 25.08.2022 r., podczas rozmowy zaakceptowaliśmy Twój wniosek, a Ty opłaciłeś jednorazowo składkę w wymaganej wysokości. Oznacza to, że ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się 26.08.2022 r.

- 5) W przypadku pobytu w szpitalu oraz usług medycznych ochrona rozpoczyna się 14 dni od dnia, w którym zawarłeś umowę ubezpieczenia. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz w przypadku złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku ochrona rozpoczyna się dnia następującego po dniu, w którym zawarłeś umowę ubezpieczenia.
- 6) Ochrona ubezpieczeniowa kończy się z chwilą zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - a) z dniem złożenia nam przez Ciebie oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia;
 - b) z dniem złożenia nam przez Ciebie oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
 - c) z upływem okresu ubezpieczenia, jeśli nie nastąpiło przedłużenie umowy ubezpieczenia o kolejny okres ubezpieczenia;
 - d) z upływem ostatniego dnia dodatkowego 7-dniowego terminu na zapłatę składki wskazanego przez nas w wezwaniu do zapłaty – w przypadku niezapłacenia w terminie kolejnej raty składki;
 - e) z upływem okresu ubezpieczenia, w którym ukończyłeś 75. rok życia;
 - f) z dniem Twojej śmierci.
- 7) Masz prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia Ci informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Jeżeli jesteś konsumentem i o prawie odstąpienia nie poinformowaliśmy Cię przed zawarciem umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Cię z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

- 8) Umowę ubezpieczenia możesz wypowiedzieć w każdym czasie.
- 9) Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie możesz złożyć w formie pisemnej lub e-mailem, na adres wskazany na końcu OWU lub telefonicznie pod numerem telefonu: +48 71 8888099.
- 10) Zwracamy Ci składkę za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

3. Czy warunki ubezpieczenia mogą się zmienić?

- 1) Jeśli zawierasz umowę ubezpieczenia bez umowy pożyczki, to w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia o kolejny okres możemy zaproponować zmianę warunków umowy.
- 2) Propozycje zmiany warunków umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia przedstawimy Ci na piśmie lub na innym trwałym nośniku (np. e-mailem) nie później niż 30 dni przed końcem aktualnego okresu ubezpieczenia. W ciągu 14 dni od otrzymania propozycji możesz złożyć nam oświadczenie o wyrażeniu zgody na zaproponowane warunki.
- 3) Jeżeli w terminie 14 dni od dnia otrzymania propozycji, o której mowa w ppkt 2), nie złożysz na piśmie lub na innym trwałym nośniku (np. e-mailem) oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowane przez nas warunki ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia nie ulegnie przedłużeniu i rozwiąże się w ostatnim dniu aktualnego okresu ubezpieczenia.

4. Jakie mogą być skutki podania nieprawdziwych informacji?

- 1) Pamiętaj, że powinieneś nam podać wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Jeżeli zawierasz umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na nim i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
- 2) Jeśli nie podałeś nam wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytaliśmy w ppkt 1), nie ponosimy odpowiedzialności za skutki tych okoliczności niepodanych do naszej wiadomości z naruszeniem obowiązku opisanego w ppkt 1). Jeśli nie podałeś nam wszystkich wymienionych wyżej znanych sobie okoliczności z winy umyślnej, to w razie wątpliwości przyjmujemy, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem właśnie tych okoliczności. Możemy odmówić wypłaty świadczenia w okresie pierwszych trzech lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, jeśli te okoliczności miały wpływ na zdarzenie ubezpieczeniowe.

III. Prawa i obowiązki

1. Jakie są Twoje prawa jako ubezpieczającego?

Masz prawo do:

- a) odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
- b) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie,
- c) składania reklamacji, skarg i zażaleń na zasadach wskazanych w umowie ubezpieczenia.

2. Jakie są Twoje obowiązki jako ubezpieczającego?

Do Twoich obowiązków należy opłacenie składki w wymaganej wysokości i wymaganych terminach.

3. Jakie są Twoje prawa jako ubezpieczonego?

Ubezpieczony ma prawo do:

- a) otrzymania od nas wypłaty świadczenia w przypadku pobytu w szpitalu, pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- b) realizacji usług medycznych zgodnie z regulaminem usług medycznych,
- c) składania reklamacji, skarg i zażaleń na zasadach wskazanych w umowie ubezpieczenia,
- d) składania wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.

4. Jakie są nasze obowiązki?

Jesteśmy zobowiązani do tego, aby:

- przed zawarciem umowy ubezpieczenia doręczyć Ci OWU i inne dokumenty związane z zawieraniem umową ubezpieczenia;
- wystawić i doręczyć Ci polisę, która potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia;
- wypłacić świadczenie zgodnie z umową ubezpieczenia i przepisami prawa;
- prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania, które wynikają z umowy ubezpieczenia oraz przepisów prawa.

IV. Składka

1. Jak ustalamy wysokość składki?

- Jeśli zawrzesz umowę wraz z umową pożyczki – składka jest płatna jednorazowo, a wysokość składki określamy w zależności od okresu ubezpieczenia oraz od wybranego przez Ciebie wariantu ubezpieczenia. W tym przypadku składkę obliczamy na podstawie poniższych stawek ubezpieczeniowych:

	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Stawka miesięczna (w przypadku składki jednorazowej)	24,50 zł	44 zł	58 zł

Obliczamy ją jako iloczyn miesięcy ubezpieczenia i stawki miesięcznej w wybranym wariantcie ubezpieczenia.

- Jeśli zawierasz umowę ubezpieczenia bez umowy pożyczki – składka jest płatna jednorazowo (składkę jednorazową obliczamy jako iloczyn miesięcy ubezpieczenia i stawki miesięcznej w wybranym wariantcie ubezpieczenia) lub w ratach, a miesięczna stawka i rata wynoszą:

Płatność jednorazowa

	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Stawka miesięczna (w przypadku składki jednorazowej)	24,50 zł	44 zł	58 zł

Płatność w ratach

	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Rata miesięczna	26,50 zł	47 zł	62 zł

- Składka jest należna za okres ubezpieczenia, w którym udzielamy ochrony.
- Wysokość składki wskazujemy w telefonicznym wniosku podczas zawierania umowy ubezpieczenia oraz w polisie.

2. Jak opłacasz składkę?

- Składkę możesz opłacić:
 - jeśli zawrzesz umowę wraz z umową pożyczki – jednorazowo za pośrednictwem agenta (Novum Finance sp. z o.o.);
 - jeśli zawierasz umowę ubezpieczenia bez umowy pożyczki – jednorazowo lub miesięcznie na numer rachunku, który wskazaliśmy w procesie zawierania umowy ubezpieczenia oraz w polisie.
- Jeśli zawierasz umowę ubezpieczenia bez umowy pożyczki – pierwszą ratę składki powinieneś zapłacić nie później niż 30 dni od dnia złożenia wniosku ubezpieczeniowego.

3. Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?

Jeśli nie zapłacisz składki jednorazowej (samodzielnie lub za pośrednictwem agenta) lub pierwszej raty składki w wymaganej wysokości i odpowiednim terminie, nie będziemy mogli zawrzeć z Tobą umowy ubezpieczenia. Jeśli nie zapłacisz kolejnej raty składki w przypadku płatności z częstotliwością miesięczną, to wezwiemy Cię do zapłaty raty składki w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. Po upływie tego terminu w przypadku braku wpłaty składki ustanie nasza odpowiedzialność, a umowa ubezpieczenia wygasa.

V. Suma ubezpieczenia, świadczenia ubezpieczeniowe

1. Gdzie wskazana jest wysokość sumy ubezpieczenia?

- Wysokość sumy ubezpieczenia zależy od wybranego przez Ciebie wariantu ubezpieczenia. Warianty ubezpieczenia opisaliśmy w części I pkt 3 ppkt 3).
- Sumy ubezpieczenia są wskazane w I części tych OWU oraz podane w polisie.
- Sumy ubezpieczenia ulegają odnowieniu po każdym kolejnych 12-miesięcach okresu ubezpieczenia.
- Limity usług medycznych wskazaliśmy w regulaminie usług medycznych, który jest załącznikiem do OWU.

2. Jakie świadczenia przysługują z umowy ubezpieczenia?

- W przypadku złamania kości ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie ubezpieczonemu – w wysokości sumy ubezpieczenia przewidzianej dla danej grupy złamań i wybranego wariantu ubezpieczenia.
- W przypadku pobytu w szpitalu albo pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie ubezpieczonemu – zgodnie z poniższą tabelą. Świadczenie to wypłacimy za każdy dzień pobytu w szpitalu z wyłączeniem pierwszych dwóch dni – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia (czyli maksymalnie za 180 dni).

Wysokość świadczenia za jeden dzień pobytu w szpitalu

	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Pobyt w szpitalu	100 zł	200 zł	300 zł
Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	200 zł	400 zł	600 zł

- W przypadku pobytu w szpitalu albo pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku świadczenie wypłacimy po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu. Jeśli pobyt w szpitalu ubezpieczonego trwa dłużej niż 30 dni, na wniosek ubezpieczonego lub uprawnionego wypłacimy świadczenie przed zakończeniem tego pobytu. Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu albo pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie sumują się – UNIQA TU S.A. wypłaci tylko jedno świadczenie, tzn. wypłaci wyższe ze świadczeń.
- W przypadku usług medycznych zobowiązujemy się do świadczenia ubezpieczonemu usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej na rzecz ubezpieczonego. Jeśli zajdzie zdarzenie medyczne zobowiązujemy się do zorganizowania lub zorganizowania i pokrycia kosztów świadczeń medycznych. Wszelkie szczegóły dotyczące usług informacyjnych oraz medycznych znajdziesz w regulaminie usług medycznych.

3. Co zrobić, aby otrzymać świadczenie?

- Aby otrzymać świadczenie z tytułu: pobytu w szpitalu, pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku – należy wypełnić wniosek o wypłatę świadczenia i dostarczyć go do nas wraz z dokumentacją medyczną wskazaną we wniosku. Lista niezbędnych dokumentów znajduje się również na naszej stronie uniqa.pl.
- Dokumenty można przekazać nam przez stronę uniqa.pl, e-mailem lub listownie na adres wskazany na końcu OWU.
- Możemy prosić o dodatkowe dokumenty, jeśli będzie to niezbędne do podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.
- Świadczenia wypłacone z umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu na podstawie przepisów regulujących opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązujących w chwili wypłaty świadczenia.
- Aby otrzymać świadczenie w zakresie usług medycznych, należy postępować zgodnie z regulaminem usług medycznych, który stanowi załącznik do OWU.

4. Jak długo czeka się na wypłatę?

- 1) Świadczenie wypłacimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia. Może się zdarzyć, że będziemy potrzebować więcej czasu na analizę zgłoszenia i wyjaśnienie okoliczności, jeśli będzie to konieczne do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. Wówczas świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe przy zachowaniu należytej staranności. Bezsprawną część świadczenia spełnimy w terminie 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia.
- 2) Naszą decyzję o wypłacie świadczenia prześlemy na piśmie lub e-mailowo, a jeśli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż w zgłoszonym roszczeniu – zawsze na piśmie. Wskażemy okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
- 3) Świadczenie realizujemy przelewem lub przekazem pocztowym.

VI. Wyłączenia odpowiedzialności

1. W jakich sytuacjach odmówimy wypłaty świadczenia?

- 1) Nie wypłacimy świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu lub pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, które jest wynikiem:
 - a) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach terroryzmu, przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - c) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - d) spożycia przez ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia od 0,2‰ alkoholu we krwi albo do obecności od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza;
- 2) Nie wypłacimy świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu lub pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, które jest wynikiem:
 - a) 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: użycie broni palnej, 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, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z budynków lub skał, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - b) bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.
- 3) Nie wypłacimy świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu lub pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, gdy celem pobytu w szpitalu jest:
 - a) wykonanie ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych

badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są choroba lub obrażenia ciała;

- b) wykonanie ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych.
- 4) Nie wypłacimy świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, gdy celem pobytu w szpitalu jest:
 - a) poród siłami natury niezwiązany z patologią ciąży lub położniczymi powikłaniami okołoporodowymi;
 - b) 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;
 - c) leczenie dysfunkcji psychicznych lub umysłowych ubezpieczonego, w tym nerwicy;
 - d) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV ubezpieczonego.
 - 5) Nie wypłacimy świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, jeśli skierowanie do szpitala zostało wystawione przed dniem zawarcia z nami umowy ubezpieczenia.
 - 6) Nie wypłacimy świadczenia z tytułu złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który jest wynikiem:
 - a) 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 z późn. zm.), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - b) poddania się przez ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
 - c) uśmierzania popełnienia przez ubezpieczonego lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - d) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania takim pojazdem lub czasowo lub na stałe zostały mu zatrzymane dokumenty potwierdzające te uprawnienia, lub nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - e) 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) Prawo do świadczenia z tytułu złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie przysługuje, jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku doszło do amputacji kończyny lub jej części i nie doszło do złamania kości.

2. Szczególne środki ograniczające

- 1) Umowę ubezpieczenia możemy zawrzeć pod warunkiem, że nie znajdujesz się na żadnej liście sankcyjnej, tj. liście:
 - a) osób objętych sankcjami gospodarczymi, handlowymi, finansowymi, embargiem lub
 - b) terrorystów, lub
 - c) osób podejrzanych o terroryzm, lub
 - d) członków organizacji terrorystycznych,wydanej przez państwa i organizacje międzynarodowe w zakresie wskazanym przez te państwa i organizacje, w szczególności przez:
 - Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ),
 - Unię Europejską (UE),
 - Stany Zjednoczone Ameryki Północnej,
- 2) Jeśli ustalimy, że znajdujesz się na jakiegokolwiek liście sankcyjnej, o której mowa w ppkt 1), to w ciągu 30 dni od wystawienia dokumentu ubezpieczenia poinformujemy ubezpieczającego o tym, że nie zawarliśmy z nim umowy, a wystawiony dokument ubezpieczenia jest nieważny. Jeśli natomiast nie jesteś wpisany

na żadne listy sankcyjne, to umowa ubezpieczenia obowiązuje od dnia jej zawarcia.

- 3) Jeśli w czasie trwania umowy ubezpieczenia okaże się, że został wpisany na listę sankcyjną lub jesteś pośrednio lub bezpośrednio kontrolowany przez osobę wpisaną na listę sankcyjną, to podejmiemy działania wynikające z obowiązujących przepisów prawa – w tym możemy zamrozić środki należne z umowy ubezpieczenia lub możemy ich nie wypłacić.

VII. Reklamacje, właściwość sądów, prawo właściwe

1. W jakim trybie można składać reklamacje, skargi i zażalenia?

- 1) Reklamację możesz wnieść w każdym przypadku, o ile jesteś osobą fizyczną będącą ubezpieczającym, ubezpieczonym lub inną osobą uprawnioną, a także o ile jesteś osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej będącą ubezpieczającym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
- 3) W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
- 4) Reklamacje można składać nam w następujący sposób:
 - a) elektronicznie poprzez formularz na stronie unika.pl/reklamacje;
 - b) ustnie:
 - telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie;
 - c) na piśmie:
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
 - przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (adres ten znajduje się w bazie adresów elektronicznych, który prowadzi minister właściwy do spraw informatyzacji).
- 5) Odpowiedzi na reklamację udzielimy na piśmie. Na wniosek osoby fizycznej składającej reklamację odpowiedzi możemy udzielić za pomocą poczty elektronicznej. Dodatkowo, na wniosek tej osoby, potwierdzimy pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
- 6) Odpowiedzi na reklamację udzielimy bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.

- 7) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, przed upływem tego terminu o przyczynie opóźnienia i wskażemy okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
- 8) Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się z naszym stanowiskiem wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko UNIQA TU S.A., według właściwości określonej w pkt 2.
- 9) Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
- 10) Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 11) Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA TU S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).
- 12) Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ppkt 1)–3), przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ppkt 4)–9) i 12), z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażalenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

2. Jak uregulowana jest właściwość sądów oraz prawo właściwe?

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia możesz wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia możesz wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 3) W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.

VIII. Słownik pojęć

Co rozumiemy pod poszczególnymi pojęciami?

- 1) **dzień zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - a) w przypadku pobytu w szpitalu – pierwszy dzień pobytu w szpitalu;
 - b) w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
 - c) w przypadku złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dzień złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - d) w przypadku potrzeby medycznej – dzień powstania potrzeby medycznej;
 - e) w przypadku zdarzenia medycznego – dzień nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania;
- 2) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której ubezpieczony poddał się leczeniu;

- 3) **nagle zachorowanie** – powstała w sposób nagły choroba, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia, powodująca konieczność udzielenia ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagająca interwencji pogotowia ratunkowego;
- 4) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i spowodowało fizyczne obrażenia ciała u ubezpieczonego; przy czym nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia ubezpieczonego;
- 5) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni; w rozumieniu OWU pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia ubezpieczonego do szpitala, a kończy w dniu wypisania ubezpieczonego ze szpitala;
- 6) **pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy pobyt w szpitalu, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni; w rozumieniu OWU pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia ubezpieczonego do szpitala, a kończy w dniu wypisania ubezpieczonego ze szpitala;
- 7) **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 całodobowej opieki medycznej, leczenia i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, szpitala, oddziału lub ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału leczenia uzależnień, ośrodka (w tym szpitala) sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, oddziału i ośrodka rehabilitacji ani ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwicy;
- 8) **złamanie kości** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzone przez lekarza i potwierdzone dokumentacją medyczną; złamania dzielimy na trzy grupy:
 - a) grupa I – złamania kości niesklasyfikowane w grupie II oraz III;
 - b) grupa II – złamanie kości piętowej, kości podudzia, kości ramiennej lub przedramienia, kości rzepki;
 - c) grupa III – złamanie kości czaszki (wyłącznie podstawy, z wyjątkiem sklepienia i twarzoczaszki), kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej oraz ogonowej), kości w obrębie stawu biodrowego (panewki stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarza, złamanie podi nadkrętarzowe) oraz kości talerza biodrowego, kości kręgosłupa (wyłącznie kompresyjne złamania kręgu, z wyjątkiem wyrostków kolczystych i poprzecznych), kości udowej.

IX. Postanowienia końcowe

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. nr 1/13/12/2022 z 13 grudnia 2022 roku.

Dane kontaktowe

Masz pytania dotyczące ubezpieczenia

- napisz na adres: umowy.ubezpieczenia@uniqa.pl
- zadzwoń do nas: tel. +48 22 599 95 22
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)

Chcesz złożyć dyspozycję odstąpienia od umowy albo jej rozwiązania

- prześlij nam pisemne oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia:
 - możesz napisać na adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie
 - lub wysłać oświadczenie mailem na adres:
ubezpieczenia.ba@uniqa.pl
- możesz też złożyć oświadczenie, korzystając z formularza dostępnego na naszej stronie uniqa.pl

Chcesz zgłosić roszczenie

- wniosek roszczeniowy dostępny jest na stronie uniqa.pl
- napisz na adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie
- wyślij zgłoszenie mailem na adres: wyplaty.naskan@uniqa.pl

Zgłoszenie reklamacji

- elektronicznie poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje
- ustnie:
 - telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie
- na piśmie:
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie
 - przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51
 - na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (adres ten znajduje się w bazie adresów elektronicznych, który prowadzi minister właściwy do spraw informatyzacji)

Załącznik

Regulamin usług medycznych

I. Zakres świadczeń medycznych

- 1) Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń medycznych zgodnie z regulaminem usług medycznych (dalej: Regulamin).
- 2) W przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia zdarzenia medycznego w postaci nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku zorganizujemy lub zorganizujemy i pokryjemy koszty usług medycznych wskazanych w Regulaminie.
- 3) W przypadku zajścia w okresie ubezpieczenia potrzeby medycznej, tj. sytuacji uzasadniającej uzyskanie przez ubezpieczonego informacji medycznej, udzielimy odpowiedniej informacji w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej na zasadach wskazanych w Regulaminie.
- 4) Ubezpieczeniem objęte są zdarzenia medyczne, do których doszło na terenie Polski oraz świadczenia medyczne realizowane w Polsce.
- 5) W przypadku zajścia zdarzenia medycznego dla ubezpieczonego będą dostępne poniższe usługi medyczne:
 - a) wizyta lekarza pierwszego kontaktu w miejscu pobytu ubezpieczonego,
 - b) dostarczenie leków,
 - c) refundacja leków,
 - d) wizyta u lekarza specjalisty,
 - e) wizyta u lekarza rehabilitacji,
 - f) wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu,
 - g) dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego,
 - h) transport do placówki medycznej,
 - i) transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania,
 - j) transport pomiędzy placówkami medycznymi,
 - k) wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu.
- 6) Usługi medyczne realizowane są do wysokości limitów świadczeń i limitów zdarzeń określonych w regulaminie usług medycznych. Dostarczenie każdej usługi powoduje zmniejszenie limitu.
- 7) Wszystkie usługi medyczne realizowane są w następstwie określonego dla nich zdarzenia medycznego, w zakresie i na warunkach uregulowanych w opisie poszczególnych świadczeń.

II. Wyłączenia z ubezpieczenia

1. W jakich sytuacjach odmówimy realizacji świadczenia?

- 1) Nie zrealizujemy świadczenia medycznego, jeśli do nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania doszło w wyniku:
 - a) 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;
 - b) spożycia przez ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia od 0,2‰ alkoholu we krwi albo do obecności od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia medycznego lub zwiększenie jego skutków;
 - c) 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 zdarzenia medycznego lub zwiększenie jego skutków;

- d) chorób psychicznych ubezpieczonego;
- e) próby samobójczej ubezpieczonego;
- f) uczestnictwa ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
- g) umyślnego działania ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- h) rażącego niedbalstwa ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
 - i) wyczynowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego;
 - j) uprawiania przez ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub rodzaje aktywności fizycznej, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników: 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 wymagające ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z 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.

- 2) Nie zrealizujemy świadczenia medycznego, w tym nie pokryjemy kosztów usług medycznych, jeżeli ubezpieczony nie skontaktował się z Centrum Alarmowym, chyba że nie było to możliwe z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego.
- 3) Nie zrealizujemy świadczenia medycznego w przypadku zdarzeń medycznych, do których doszło podczas 3 pierwszych miesięcy okresu ubezpieczenia, będących skutkiem chorób, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub były leczone w ciągu 3 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 4) Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów:
 - a) leczenia obrażeń ciała lub chorób, których zaistnienie nie jest związane ze zdarzeniem medycznym;
 - b) leczenia sanatoryjnego;
 - c) związanych z zakupem środków antykoncepcyjnych.
- 5) Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów usług medycznych, jeśli nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie jest następstwem:
 - a) operacji plastycznych, zabiegów ze wskazań kosmetycznych, helioterapii;
 - b) chorób wenerycznych, AIDS, zakażenia wirusem HIV;
 - c) zabiegu usuwania ciąży (aborcja);
 - d) sztucznego zapłodnienia i każdego innego leczenia zaburzeń płodności;
 - e) poddania się leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było związane ze zdarzeniem medycznym (nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem).

2. W jakich sytuacjach nie ponosimy odpowiedzialności?

- 1) Nie odpowiadamy za działania lub zaniechania lekarzy, fizjoterapeutów ani pielęgniarek, u których zorganizowaliśmy usługi medyczne.
- 2) Nie odpowiadamy za skutki braku zastosowania się przez ubezpieczonego do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Alarmowego bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Alarmowego.

- 3) Informacje udzielane w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
- 4) Nie odpowiadamy za niezrealizowanie lub niewystarczające zrealizowanie świadczenia „Dostarczenie leków” w przypadku braku dostępności leków w aptekach zlokalizowanych w promieniu 50 km od miejsca pobytu ubezpieczonego.
- 5) Jeśli realizacja świadczenia medycznego wymaga zgody ubezpieczonego na zwolnienie podmiotów leczniczych, udzielających mu pomocy medycznej w związku z zaistnieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji jego leczenia, a ubezpieczony nie wyrazi takiej zgody na piśmie w stosunku do nas i podmiotów działających w naszym imieniu, to nie odpowiadamy za niespełnienie lub niewystarczające spełnienie świadczenia, o ile wyniknęło z braku takiej zgody.
- 6) Nie odpowiadamy za niewykonanie lub opóźnienie w wykonaniu świadczenia medycznego, jeśli zostało spowodowane czynnikami niezależnymi od nas, mogącymi uniemożliwić jego realizację, 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 pobytu albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie medyczne.

III. Świadczenia ubezpieczeniowe

1. Jakie są obowiązki ubezpieczonego przed uzyskaniem świadczenia?

- 1) W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego do obowiązków ubezpieczonego, przed podjęciem działań we własnym zakresie, należą:
 - a) niezwłoczny kontakt z naszym Centrum Alarmowym, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu +48 22 529 85 39;
 - b) podanie wszelkich dostępnych informacji potrzebnych do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń medycznych, a w szczególności:
 - numeru PESEL,
 - imienia i nazwiska ubezpieczonego,
 - miejsca zdarzenia,
 - miejsca pobytu lub miejsca zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,
 - numeru telefonu kontaktowego,
 - rodzaju wymaganej pomocy,
 - opisu okoliczności zdarzenia medycznego;
 - c) postępowanie zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego, a zwłaszcza przekazanie dokumentów, o które wnioskuje Centrum Alarmowe, niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności;
 - d) ograniczenie, w miarę możliwości, skutków zdarzenia medycznego.
- 2) Możemy odpowiednio ograniczyć świadczenie, jeżeli ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił powyższych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie naszej odpowiedzialności lub zakres świadczeń medycznych.

2. Jakie świadczenia medyczne przysługują ubezpieczonemu?

1) Medyczna Platforma Informacyjna

W przypadku wystąpienia potrzeby medycznej, tj. sytuacji uzasadniającej uzyskanie informacji medycznej, Centrum Alarmowe 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 CHOROBOWE – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne w Polsce;
- d) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diety (np. zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, 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 w Polsce 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 podróżą i w trakcie podróży, np. szczepienia, zagadnienia związane ze specyfiką danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

W ramach Medycznej Platformy Informacyjnej Centrum Alarmowe zapewni ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.

Ponadto Centrum Alarmowe udzieli informacji na temat danych teled adresowych znajdujących się w Polsce:

- 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;
 - b) placówek medycznych 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) rekomendowanych przez Centrum Alarmowe;
 - d) aptek, w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;
 - e) placówek opieki społecznej i hospicjów;
 - f) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
- 2) **Wizyta lekarza pierwszego kontaktu w miejscu pobytu ubezpieczonego**

Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony potrzebuje pomocy lekarskiej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty dojazdu i wizyty lekarza (wyłącznie internisty, pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej) w miejscu pobytu ubezpieczonego.

3) Dostarczenie leków

Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony z uwagi na swój stan zdrowia nie może opuścić miejsca pobytu, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej, Centrum Alarmowe zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do miejsca pobytu ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza prowadzącego. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego recepty niezbędnej do wykupienia leków oraz dostępność leków w aptekach zlokalizowanych w promieniu 50 km od miejsca pobytu ubezpieczonego.

4) Refundacja leków

Przy organizacji przez ubezpieczyciela świadczenia „Dostarczenie leków” przepisanych na receptę, o którym mowa w ppkt 3), pokryjemy koszty dostarczonych leków do kwoty: w wariantach 1 – 100 zł, w wariantach 2 – 200 zł, w wariantach 3 – 300 zł. Powyżej tej kwoty koszt nabycia leków pokrywa ubezpieczony. Refundacja leków dotyczy tylko leków przepisanych na receptę.

5) Wizyta u lekarza specjalisty

W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Centrum Alarmowe, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyty ubezpieczonego u lekarza specjalisty.

6) Wizyta u lekarza rehabilitacji

W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Centrum Alarmowe, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyty ubezpieczonego u lekarza rehabilitacji.

7) Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu

Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony wymaga rehabilitacji, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu ubezpieczonego (poza placówką medyczną).

8) Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego

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 koszt wypożyczenia i dostarczenia albo zakupu i dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku gdy miejscem pobytu jest placówka medyczna.

Towarzystwo pokrywa koszty wypożyczenia i dostarczenia lub zakupu i dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty 300 zł (świadczenie to przysługuje tylko w wariantach 2 i 3).

9) Transport do placówki medycznej

Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony musi zostać przewieziony do placówki medycznej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty transportu ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z miejsca jego pobytu do najbliższej odpowiedniej placówki medycznej, dostosowanym do stanu zdrowia ubezpieczonego środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

10) Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania

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 zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

11) Transport pomiędzy placówkami medycznymi

Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony znalazł się w placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do jego stanu zdrowia, lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty transportu ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Alarmowego i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia ubezpieczonego. Świadczenie obejmuje również transport powrotny do placówki medycznej, w której ubezpieczony jest leczony, jeśli został skierowany jedynie na zabiegi lub badania do innej placówki.

12) Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu

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 zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki. Opieka pielęgniarki zostanie zrealizowana w zakresie zaleconym przez lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w miejscu pobytu ubezpieczonego. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej.

3. Jakie są limity świadczeń i zdarzeń medycznych?

Pomoc medyczna

Lp.	Zdarzenie ubezpieczeniowe: nieszczęśliwy wypadek + nagłe zachorowanie	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
1	Medyczna Platforma Informacyjna	bez limitu	bez limitu	bez limitu
2	Wizyta lekarza pierwszego kontaktu w miejscu pobytu ubezpieczonego	2 zdarzenia w roku	3 zdarzenia w roku	4 zdarzenia w roku
3	Dostarczenie leków	2 zdarzenia w roku, maks. 2 razy na zdarzenie	3 zdarzenia w roku, maks. 2 razy na zdarzenie	4 zdarzenia w roku, maks. 2 razy na zdarzenie
4	Refundacja leków (tylko w połączeniu z dostarczeniem leków)	1 raz w roku, 100 zł / 1 zdarzenie	1 raz w roku, 200 zł / 1 zdarzenie	2 razy w roku, 300 zł / 1 zdarzenie
5	Wizyta u lekarza specjalisty	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	3 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	4 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty
6	Wizyta u lekarza rehabilitacji	1 raz w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	3 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty

Lp.	Zdarzenie ubezpieczeniowe: nieszczęśliwy wypadek + nagłe zachorowanie	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
7	Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu	1 raz w roku; maks. 3 h na 1 wizytę; zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	1 raz w roku; maks. 3 h na 1 wizytę; zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	1 raz w roku; maks. 3 h na 1 wizytę; zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty
8	Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego	–	1 raz w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego do 300 zł	1 raz w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego do 300 zł
9	Transport do placówki medycznej	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów, maks. 300 zł / 1 zdarzenie	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów, maks. 300 zł / 1 zdarzenie	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów, maks. 300 zł / 1 zdarzenie
10	Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów, maks. 300 zł / 1 zdarzenie	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów, maks. 300 zł / 1 zdarzenie	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów, maks. 300 zł / 1 zdarzenie
11	Transport pomiędzy placówkami medycznymi	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów, maks. 300 zł / 1 zdarzenie	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów, maks. 300 zł / 1 zdarzenie	2 razy w okresie ochrony: zorganizowanie + pokrycie kosztów, maks. 300 zł / 1 zdarzenie
12	Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki

IV. Roszczenia regresowe

- 1) Roszczenie wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, przysługujące ubezpieczonemu, przechodzi na nas z dniem spełnienia świadczenia do jego wysokości (roszczenie regresowe).
- 2) Jeżeli pokryliśmy tylko część szkody, to ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń co do pozostałej części szkody przed naszym roszczeniem.
- 3) Nie przechodzą na nas roszczenia ubezpieczonego, o których mowa w ppkt 1), wobec osób, z którymi ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
- 4) Ubezpieczony powinien udzielać nam pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.
- 5) W razie zrzeczenia się przez ubezpieczonego praw do przysługujących mu roszczeń wobec osób trzecich z tytułu wyrządzonych szkód bez naszej zgody możemy odmówić spełnienia świadczenia, odpowiednio w całości lub części, lub zażądać zwrotu już spełnionego świadczenia.