UNIQA

Provident

Ogólne warunki ubezpieczenia
ProviProtector dla klientów Providenta



27390826

Drogi Kliencie,

Podczas powrotu do zdrowia po chorobie lub wypadku uzyskanie szybkiej i profesjonalnej pomocy jest bardzo ważne. Ubezpieczenie dla klientów Providenta zapewnia wsparcie właśnie w takich trudnych sytuacjach. W razie niezdolności do pracy albo ciężkiego zachorowania zapewniamy wsparcie finansowe, a w razie sytuacji awaryjnej – pomoc obejmującą assistance domowe.

Przekazujemy w Twoje ręce komplet informacji dotyczący ubezpieczenia dla klientów Providenta. Zachęcamy do zapoznania się z pełnym zakresem świadczeń medycznych i finansowych w ramach ubezpieczenia. W materiale znajdziesz między innymi informacje o cenie, terminach trwania ubezpieczenia, prawie do odstąpienia, kiedy i na jakich zasadach możesz skorzystać ze świadczeń oraz w jaki sposób to zrobić. Zakup ubezpieczenia jest dobrowolny.

Życzymy dużo zdrowia!

Zespół UNIQA i Provident Polska SA

Indeks PP/2026/08

FORMULARZ DO OWU

Poniższy formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	punkty 1–4 punkty 30–38 punkty 57–60
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	punkty 12 i 13 punkty 61–73

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 271543, NIP 107-00-06-155
Kapitał zakładowy: 141 730 747 zł – wpłacony w całości

Ogólne warunki ubezpieczenia ProviProtector dla klientów Providenta (indeks PP/2026/08) (dalej: OWU) stosuje się do umów ubezpieczenia zawartych z UNIQA Towarzystwo 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,
- dokumentem zawierającym informacje o produkcie.

SPIS TREŚCI

Co oznaczają te pojęcia 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia 3

Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania 3

Prawa i obowiązki 5

Składka 5

Suma ubezpieczenia, świadczenia ubezpieczeniowe 6

Świadczenia assistance 8

Wyłączenia odpowiedzialności 12

Reklamacje, właściwość sądów, prawo właściwe 17

Słownik pojęć 18

Postanowienia końcowe 24

Dane do kontaktu 25

CO OZNACZAJĄ TE POJĘCIA

Ty – jesteś osobą fizyczną, która zawiera z nami umowę ubezpieczenia, czyli ubezpieczającym. Jesteś także ubezpieczonym.

My – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51.

Wnioskopolisa – dokument ubezpieczeniowy, który podpisujesz Ty oraz uprawniony przedstawiciel agenta, stanowiący Twój wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia, a jeśli my albo uprawniony przedstawiciel agenta go zaakceptujemy – potwierdzający zawarcie i warunki umowy ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Kogo możemy objąć ubezpieczeniem

1. Ubezpieczeniem możemy objąć Ciebie, jeśli masz co najmniej 18 lat w dniu składania wnioskopolisy i nie więcej niż 67 lat w dniu planowego zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, masz miejsce zamieszkania w Polsce oraz złożyłeś prawidłowo wypełnioną wnioskopolisę ze wszystkimi wymaganymi przez nas oświadczeniami znajdującymi się w tej wnioskopolisie.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia

2. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.

Jaki jest zakres ubezpieczenia

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
   1) ryzyko wymienne w zależności od Twojego statusu zatrudnienia w dniu zdarzenia:
      a) czasową niezdolność do pracy – czasowa niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej trwająca nieprzerwanie odpowiednio 14 albo 30 dni, potwierdzona zwolnieniem lub zwolnieniami lekarskimi, która rozpoczęła się w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej – jeśli jesteś zatrudniony na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony albo zatrudniony na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony, pod warunkiem że data zakończenia stosunku pracy przypada nie wcześniej niż data zakończenia okresu ubezpieczenia, albo prowadzisz jednoosobową działalność gospodarczą, jeśli jesteś objęty ubezpieczeniem społecznym w zakresie ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego; pierwsze świadczenie zostanie wypłacone po 14 dniach nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy, drugie świadczenie zostanie wypłacone po 30 dniach nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy (liczonych od pierwszego dnia wystąpienia zdarzenia); trzecie świadczenie i każde kolejne – za każde kolejne nieprzerwane 30 dni czasowej niezdolności do pracy; albo
      b) ciężkie zachorowanie – wystąpienie u Ciebie choroby wskazanej w punkcie 89 ppkt 8), której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie ubezpieczenia – jeśli nie spełniasz warunków objęcia Cię ochroną z tytułu czasowej niezdolności do pracy;
   2) zdarzenia medyczne uprawniające do skorzystania ze świadczeń medycznych;
   3) sytuacje awaryjne, awarie albo zdarzenia losowe uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistance domowego.
4. Dzień zdarzenia ubezpieczeniowego musi zajść w okresie ubezpieczenia.

UMOWA UBEZPIECZENIA – ZAWARCIE I CZAS TRWANIA

W jaki sposób możesz zawrzeć umowę ubezpieczenia

5. Możesz zawrzeć umowę ubezpieczenia na podstawie wypełnionego i zaakceptowanego przez uprawnionego przedstawiciela agenta dokumentu wnioskopolisy.
6. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta pod warunkiem, że złożysz wszystkie wymagane oświadczenia oraz zgody o treści i w formie przez nas wymaganej w dokumencie wnioskopolisy.
7. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta na okres 12 miesięcy.
8. W tym samym czasie możesz mieć tylko jedną umowę ubezpieczenia na podstawie tych OWU.

9. Jeśli podejmiemy decyzję, że nie możemy zawrzeć z Tobą umowy, poinformujemy Cię o tym za pośrednictwem naszego agenta.

Jak długo działa ochrona ubezpieczeniowa

10. Nasza odpowiedzialność obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, w przypadku których dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego miał miejsce w czasie udzielania ochrony.
11. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową przez okres 12 miesięcy.
12. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
    1) z tytułu czasowej niezdolności do pracy – po upływie 30 dni,
    2) z tytułu ciężkiego zachorowania – po upływie 90 dni

    od dnia, w którym zawarłeś umowę ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż dnia następnego po zapłacie składki.
13. Jeśli zawrzesz kolejne umowy ubezpieczenia w ramach tych OWU bezpośrednio po dniu zakończenia poprzedniej umowy, w ramach której ochrona ubezpieczeniowa była świadczona na podstawie tych OWU, punkt 12 nie ma zastosowania. Jeśli rozwiązałeś poprzednią umowę w trybie odstąpienia lub rezygnacji, to ten punkt nie obowiązuje.
14. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach, z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
    1) Twojej śmierci;
    2) odstąpienia od umowy ubezpieczenia;
    3) z dniem następującym po złożeniu przez Ciebie oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
    4) zakończenia okresu ubezpieczenia;
    5) z dniem ukończenia przez Ciebie 67 lat.
15. Masz prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia tej umowy. 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.
16. Umowę ubezpieczenia możesz wypowiedzieć w każdym czasie obowiązywania umowy.
17. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie możesz złożyć na piśmie, wysyłając je na adres agenta lub na adres e-mail agenta lub telefonicznie. Adres, adres e-mail oraz numer telefonu agenta znajdziesz na stronie internetowej www.provident.pl.
18. Zwracamy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Jakie mogą być skutki podania nieprawdziwych informacji

19. 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.
20. Jeśli nie podałeś nam wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy, nie ponosimy odpowiedzialności za skutki tych okoliczności niepodanych do naszej wiadomości w zakresie, w jakim miały one wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego lub jego skutki. Jeśli nie podałeś nam wszystkich wyżej wymienionych znanych sobie okoliczności z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmiemy, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem właśnie tych okoliczności. W zakresie ubezpieczeń osobowych możemy odmówić wypłaty świadczenia w okresie pierwszych trzech lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, jeśli te okoliczności miały wpływ na zdarzenie ubezpieczeniowe.
21. Jeśli pomimo braku odpowiedzi na zadane pytania obejmiemy Cię ochroną ubezpieczeniową, oznacza to, że pominięte okoliczności uważamy za nieistotne.

PRAWA I OBOWIĄZKI

Jakie są Twoje prawa jako ubezpieczającego

22. Masz prawo do:
    1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia;
    2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie;
    3) składania reklamacji na zasadach wskazanych w umowie ubezpieczenia.

Jakie są Twoje obowiązki jako ubezpieczającego

23. Do Twoich obowiązków należy:
    1) opłacenie składki w wymaganej wysokości;
    2) powiadamianie nas o zmianach okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Jakie prawa ma ubezpieczony

24. Ubezpieczony ma prawo do:
    1) otrzymania od nas wypłaty świadczenia;
    2) skorzystania ze świadczeń medycznych oraz assistance domowego;
    3) składania reklamacji na zasadach wskazanych w umowie ubezpieczenia.

Jakie są nasze obowiązki

25. Jesteśmy zobowiązani do tego, aby:
    1) doręczyć Ci OWU i inne dokumenty w nich wymienione przed zawarciem umowy ubezpieczenia za pośrednictwem agenta;
    2) wystawić i doręczyć Ci wnioskopolisę, która potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia za pośrednictwem agenta;
    3) wypłacić lub zorganizować świadczenie zgodnie z umową ubezpieczenia i przepisami prawa;
    4) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania, które wynikają z umowy ubezpieczenia oraz przepisów prawa.

SKŁADKA

Jak ustalamy wysokość składki

26. Wysokość składki zależy od wybranego przez Ciebie pakietu i jest ona określona w Tabeli nr 1 – Tabela składek.

Tabela nr 1 – Tabela składek

Pakiet	ProviProtector Standard	ProviProtector Komfort	ProviProtector Premium	ProviProtector VIP
Wysokość składki jednorazowej	540 zł	660 zł	810 zł	960 zł

27. Składka jest należna za okres ubezpieczenia, w którym udzielamy ochrony. Jest ona płatna jednorazowo.
28. Wysokość należnej składki oraz termin jej płatności są określone we wnioskopolisie.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki

29. Jeśli nie zapłacisz składki w wymaganej wysokości i wskazanym terminie, umowę ubezpieczenia uznamy za wypowiedzianą, a ochrona ubezpieczeniowa się nie rozpocznie.

SUMA UBEZPIECZENIA, ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Gdzie wskazana jest wysokość sumy ubezpieczenia

30. Suma ubezpieczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy wynosi:

ProviProtector Standard	ProviProtector Komfort	ProviProtector Premium	ProviProtector VIP
18 000 zł	24 000 zł	30 000 zł	36 000 zł

31. W przypadku czasowej niezdolności do pracy trwającej nieprzerwanie powyżej 12 miesięcy, która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, wypłacimy dodatkowe świadczenie jednorazowe w wysokości:

ProviProtector Standard	ProviProtector Komfort	ProviProtector Premium	ProviProtector VIP
9 000 zł	12 000 zł	15 000 zł	18 000 zł

32. Suma ubezpieczenia z tytułu ciężkiego zachorowania wynosi:

ProviProtector Standard	ProviProtector Komfort	ProviProtector Premium	ProviProtector VIP
15 000 zł	20 000 zł	25 000 zł	30 000 zł

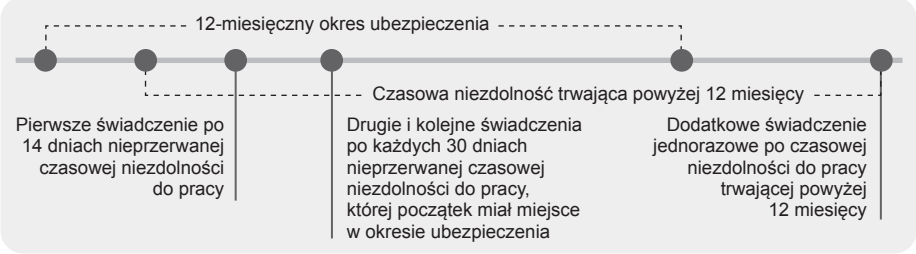
33. Limity świadczeń medycznych wskazaliśmy w punktach 59 i 60.

Jakie świadczenia przysługują z umowy ubezpieczenia?

34. W razie czasowej niezdolności do pracy, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia, pierwsze świadczenie zostanie wypłacone po 14 dniach nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy. Drugie świadczenie zostanie wypłacone po 30 dniach nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy (liczonych od 1. dnia wystąpienia zdarzenia). Trzecie świadczenie i każde kolejne – za każde kolejne nieprzerwane 30 dni czasowej niezdolności do pracy. Przy czym suma takich pojedynczych świadczeń łącznie w całym okresie ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy określonej w punkcie 30.
35. Świadczenie za pierwszy 14-dniowy oraz każdy 30-dniowy okres nieprzerwanego trwania czasowej niezdolności do pracy (maksymalnie 12 świadczeń) wynosi:

ProviProtector Standard	ProviProtector Komfort	ProviProtector Premium	ProviProtector VIP
1 500 zł	2 000 zł	2 500 zł	3 000 zł

36. W razie czasowej niezdolności do pracy trwającej nieprzerwanie powyżej 12 miesięcy wypłacimy Ci dodatkowe świadczenie w kwocie wskazanej w punkcie 31.



37. W razie ciężkiego zachorowania wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie w kwocie sumy ubezpieczenia z tytułu ciężkiego zachorowania.

38. Jeśli zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistance, zobowiązujemy się do zorganizowania lub zorganizowania i pokrycia kosztów świadczeń assistance na warunkach wskazanych w OWU.

Co zrobić, aby otrzymać świadczenie

39. Aby otrzymać świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy albo ciężkiego zachorowania 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.
40. Wypełnienie wniosku o wypłatę świadczenia oraz dostarczanie dokumentacji medycznej może odbyć się przez stronę www.uniqa.pl.
41. Dokumenty można przekazać nam przez stronę uniqa.pl, e-mailowo lub listownie na adres wskazany na końcu OWU.
42. Możemy prosić o dodatkowe dokumenty, jeśli będzie to niezbędne do podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.
43. Świadczenia wypłacone z umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu na podstawie przepisów regulujących opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązujących w chwili wypłaty świadczenia.
44. Aby otrzymać świadczenie w zakresie świadczeń medycznych albo assistance domowego, należy postępować zgodnie z poniższymi punktami.

Jak skorzystać ze świadczenia medycznego

45. W celu skorzystania ze świadczeń medycznych Ty lub inna osoba działająca w Twoim imieniu powinniście niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego i przed podjęciem działań we własnym zakresie skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym Towarzystwa pod numerem telefonu +48 22 232 25 29 i podać następujące informacje:
    1) Twoje imię i nazwisko;
    2) Twoją datę urodzenia;
    3) adres miejsca zdarzenia;
    4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Tobą lub osobą zgłaszającą zdarzenie;
    5) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
    6) adres korespondencyjny.
46. Ty lub osoba zgłaszająca zdarzenie Centrum Alarmowemu Towarzystwa powinniście dokładnie opisać dyżurującemu pracownikowi Centrum Alarmowego Towarzystwa okoliczności, w jakich się znajdujesz, i powiadomić, jakiej pomocy potrzebujesz, oraz umożliwić lekarzowi Centrum Alarmowego Towarzystwa dostęp do wszystkich informacji medycznych.
47. W przypadku braku zgłoszenia zdarzenia roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ciebie pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. kserokopii diagnozy lekarskiej, dokumentów stwierdzających przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz kopii rachunków i dowodów ich zapłaty.
48. W przypadku zorganizowania usługi przez Ciebie we własnym zakresie, bez powiadomienia Centrum Alarmowego Towarzystwa, zastrzegamy sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie ponieślibyśmy w przypadku organizowania usług we własnym zakresie, oraz maksymalnie do wysokości limitu liczby świadczeń.
49. W przypadku uznania naszej odpowiedzialności czas oczekiwania na realizację świadczenia za pośrednictwem Centrum Alarmowego Towarzystwa wynosi do trzech dni roboczych, liczonych od daty zgłoszenia roszczenia.

Jak zgłosić roszczenie z tytułu assistance domowego

50. W celu skorzystania ze świadczeń Ty lub inna osoba działająca w Twoim imieniu powinniście niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia i przed podjęciem działań we własnym zakresie skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym Towarzystwa pod numerem telefonu +48 22 232 25 29 i podać następujące informacje:
    1) Twoje imię i nazwisko;
    2) Twoją datę urodzenia;
    3) adres miejsca zdarzenia;
    4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Tobą lub osobą zgłaszającą zdarzenie;
    5) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
    6) adres korespondencyjny;
    7) adres zamieszkania.
51. Jeśli z przyczyn od Ciebie niezależnych nie mogłeś skontaktować się z Centrum Alarmowym Towarzystwa i we własnym zakresie zorganizowałeś pomoc assistance oraz pokryłeś jej koszty, powinieneś poinformować o tym Centrum Alarmowe Towarzystwa do 7 dni od dnia, w którym telefoniczny kontakt był możliwy.
52. W przypadku opisanym w punkcie 51 Towarzystwo zwróci koszty pomocy assistance na podstawie:
    1) dokumentów, które potwierdzają, że wystąpiła szkoda i poniosłeś koszty tych usług: imiennych rachunków i dowodów ich zapłaty, oraz
    2) do kwoty rzeczywiście poniesionych kosztów z zachowaniem limitów odpowiedzialności – w zależności od tego, która z tych kwot jest niższa – albo gdy nie ma tych ograniczeń: do wysokości średniej ceny wykonania tej usługi w miejscowości, w której została wykonana.
53. Towarzystwo ma prawo zmniejszyć świadczenie, jeśli:
    1) z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa naruszyłeś obowiązek powiadomienia Centrum Alarmowego Towarzystwa o zajściu zdarzenia w terminie, o którym mowa w punkcie 51, oraz
    2) uniemożliwiło to Centrum Alarmowemu Towarzystwa ustalanie okoliczności i skutków tego zdarzenia.

Jak długo czeka się na wypłatę

54. 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. Bezsporną część świadczenia spełnimy w terminie 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia.
55. Naszą decyzję o wypłacie świadczenia przekażemy 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 uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
56. Świadczenie realizujemy przelewem. Dopuszczamy także formę przekazu pocztowego.

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

Z jakiej pomocy możesz skorzystać

57. Przysługuje Ci prawo do korzystania ze świadczeń assistance na warunkach opisanych w tych OWU.
58. Świadczeniami assistance objęte są wyłącznie zdarzenia zaistniałe w Polsce, a wszystkie świadczenia assistance w ramach umowy ubezpieczenia realizowane są w Polsce.

Świadczenia medyczne

59. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego w okresie ubezpieczenia, przysługują Ci następujące świadczenia medyczne:

    1) **Transport medyczny:**

        a) do placówki medycznej – w przypadku zajścia zdarzenia medycznego wymagającego udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego do placówki medycznej, jeżeli zgodnie z uprzednio uzyskaną informacją w opinii operatora pogotowia ratunkowego nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia;

        b) pomiędzy placówkami medycznymi – Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego pomiędzy placówkami medycznymi, jeżeli przebywasz w placówce medycznej, która zgodnie z udokumentowanym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla Twojego stanu zdrowia lub gdy zostałeś skierowany przez lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej;

        c) z placówki medycznej – Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego z placówki medycznej do wskazanego przez Ciebie miejsca, jeżeli Twój stan zdrowia wymaga takiego transportu zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie.

        Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego łącznie do wysokości limitu kwotowego **3000 złotych** bez względu na liczbę zdarzeń medycznych dotyczących transportu medycznego w okresie ubezpieczenia.

    2) **Opieka pielęgniarska** – Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do Twojego miejsca pobytu oraz pokrywa koszty wynagrodzenia pielęgniarki, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie przez lekarza prowadzącego leczenie zaleceniem taka wizyta jest wymagana. Świadczenie obejmuje pomoc w umyciu, skorzystaniu z toalety, czynnościach pielęgnacyjnych, zrobieniu iniekcji zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, zmianę opatrunku lub podanie leków.

        Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki maksymalnie przez 5 dni, maksymalnie po 4 godzinny dziennie, łącznie do wysokości limitu kwotowego **800 złotych** bez względu na liczbę zdarzeń medycznych dotyczących opieki pielęgniarki w okresie ubezpieczenia.

    3) **Opieka nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi i niepełnoletnimi dziećmi** – w razie wystąpienia zdarzenia medycznego skutkującego Twoją co najmniej trzydniową hospitalizacją Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki nad osobami niesamodzielnymi oraz niepełnoletnimi dziećmi zamieszkującymi wraz z Tobą. Opieka nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi oraz niepełnoletnimi dziećmi jest realizowana na Twój wniosek i za Twoją pisemną zgodą.

        Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokrywa koszty opieki nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi oraz niepełnoletnimi dziećmi maksymalnie przez 5 dni, łącznie do wysokości limitu kwotowego **1000 złotych** bez względu na liczbę zdarzeń medycznych dotyczących opieki nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi i niepełnoletnimi dziećmi w okresie ubezpieczenia.

    4) **Transport osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji** – w razie wystąpienia zdarzenia medycznego skutkującego Twoją co najmniej trzydniową hospitalizacją Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty przejazdu osoby wskazanej przez Ciebie z miejsca jej pobytu do miejsca Twojej hospitalizacji. Świadczenie przysługuje w czasie hospitalizacji i obejmuje transport w obie strony jednej wskazanej przez Ciebie osoby.

Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokrywa koszty transportu osoby wskazanej w przypadku Twojej hospitalizacji łącznie do wysokości limitu kwotowego **800 złotych** bez względu na liczbę zdarzeń medycznych dotyczących transportu osoby wskazanej w okresie ubezpieczenia.

5) **Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji** – w razie wystąpienia zdarzenia medycznego skutkującego Twoją co najmniej trzydniową hospitalizacją Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty zakwaterowania osoby wskazanej przez Ciebie w hotelu przyszpitalnym lub hotelu znajdującym się najbliżej szpitala.

   Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania osoby wskazanej w przypadku Twojej hospitalizacji łącznie do wysokości limitu kwotowego **1000 złotych** bez względu na liczbę zdarzeń medycznych dotyczących zakwaterowania osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji w okresie ubezpieczenia.

6) **Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala** – w razie wystąpienia zdarzenia medycznego skutkującego Twoją co najmniej trzydniową hospitalizacją Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia Twoich rzeczy osobistych do szpitala, pod warunkiem wskazania przez Ciebie osoby, która udostępni Centrum Alarmowemu Towarzystwa Twoje rzeczy osobiste, oraz jej danych kontaktowych.

   Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokrywa koszty dostarczenia Twoich rzeczy osobistych do szpitala łącznie do wysokości limitu kwotowego **500 złotych** bez względu na liczbę zdarzeń medycznych dotyczących dostarczenia rzeczy osobistych do szpitala w okresie ubezpieczenia.

7) **Dostarczenie leków** – w razie wystąpienia zdarzenia medycznego Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia do Twojego miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza prowadzącego leczenie, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego Twoje leczenie wymaga pozostania w miejscu zamieszkania. Koszty leków pokrywasz Ty.

   Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków łącznie do wysokości limitu kwotowego 500 złotych bez względu na liczbę zdarzeń medycznych dotyczących dostarczenia leków w okresie ubezpieczenia.

8) **Infolinia medyczna** – w ramach infolinii medycznej Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia Ci nielimitowany dostęp do informacji dotyczących:
   a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
   b) diet, metod zdrowego żywienia,
   c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
   d) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
   e) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
   f) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
   g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
   h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

9) **Pomoc domowa** – w razie wystąpienia zdarzenia medycznego skutkującego Twoją co najmniej trzydniową hospitalizacją Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji.

   Świadczenie pomocy domowej dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłków, robieniu zakupów, pomocy w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków, takich jak odkurzanie, mycie podłóg, mycie naczyń. W zakres świadczenia nie wchodzi mycie okien, odsuwanie mebli.

   Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej łącznie do wysokości limitu kwotowego **500 złotych** bez względu na liczbę zdarzeń medycznych dotyczących pomocy domowej w okresie ubezpieczenia.

Świadczenia assistance domowego

60. W przypadku wystąpienia sytuacji awaryjnej w okresie ubezpieczenia przysługują Ci następujące świadczenia assistance domowego:

1) **Awaryjna interwencja hydraulika** – w przypadku awarii instalacji wodno-kanalizacyjnej, co oznacza uszkodzenie lub awarię instalacji wodociągowej lub kanalizacyjnej skutkujące zalaniem w miejscu zamieszkania, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty wizyty hydraulika. Świadczenie obejmuje również pęknięte rury (wycieki) i zalanie wodą pochodzącą z urządzeń domowych, a także awarię lub zatkanie muszli klozetowej, spłuczki, wanny, prysznica, odpływów umywalek oraz nieprawidłowe działanie mechanizmu spłuczki w toalecie.

   Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokrywa koszty awaryjnej interwencji hydraulika łącznie do wysokości limitu kwotowego **500 złotych**, ustalonego na każdą sytuację awaryjną, jednak maksymalnie 2 (dwie) sytuacje awaryjne w okresie ubezpieczenia.

2) **Awaryjna interwencja elektryka** – w przypadku awarii lub uszkodzenia instalacji elektrycznej, w tym przepięcia, powodujących całkowitą lub częściową awarię systemu zasilania, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty interwencji elektryka. Usługa ta dotyczy wyłącznie wewnętrznych instalacji elektrycznych znajdujących się za licznikiem energii elektrycznej i ma na celu przywrócenie sprawności instalacji elektrycznej w miejscu zamieszkania.

3) **Awaryjna interwencja technika instalacji gazowej** – w przypadku całkowitej awarii lub uszkodzenia systemu dostarczania gazu w miejscu zamieszkania Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty wizyty specjalisty mającej na celu przywrócenie dopływu gazu.

   Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokrywa koszty awaryjnej interwencji elektryka lub technika instalacji gazowej łącznie do wysokości limitu kwotowego **500 złotych**, ustalonego na każdą sytuację awaryjną, jednak maksymalnie 2 (dwie) sytuacje awaryjne w okresie ubezpieczenia.

4) **Pojawienie się gniazd os lub szerszeni w miejscu zamieszkania** – Centrum Alarmowe Towarzystwa usunie gniazda os lub szerszeni znajdujące się w miejscu ubezpieczenia, jeśli stanowią one potencjalne zagrożenie dla mieszkańców miejsca zamieszkania, a ich usunięcie jest dozwolone przez polskie przepisy dotyczące ochrony zwierząt.

   Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokrywa koszty usunięcia gniazda os lub szerszeni łącznie do wysokości limitu kwotowego **500 złotych**, ustalonego na każdą sytuację awaryjną, jednak maksymalnie 2 (dwie) sytuacje awaryjne w okresie ubezpieczenia.

5) **Pomoc specjalisty AGD lub RTV** – w przypadku awarii sprzętu AGD lub sprzętu RTV Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty robocizny i dojazdu specjalisty do miejsca zamieszkania, części zamiennych i materiałów niezbędnych do naprawy, transportu do serwisu, jeśli nie jest możliwa naprawa na miejscu, oraz transportu naprawionego sprzętu do miejsca zamieszkania.

   Jeśli w dniu awarii sprzętu AGD lub sprzętu RTV sprzęt ten jest na gwarancji producenta, Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty dojazdu serwisanta gwarancyjnego do miejsca zamieszkania oraz koszty transportu naprawionego sprzętu AGD lub sprzętu RTV do miejsca zamieszkania.

   Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokrywa koszty pomocy specjalisty AGD lub RTV łącznie do wysokości limitu kwotowego **500 złotych**, ustalonego na każdą awarię, jednak maksymalnie 2 (dwie) awarie w każdym okresie ubezpieczenia.

6) **Awaryjna interwencja szklarza** – w razie wystąpienia szkody wymagającej interwencji szklarza, powstałej na skutek zdarzenia losowego, które pozostawia miejsce zamieszkania w stanie niezabezpieczonym lub stwarza ryzyko dalszych szkód, zapewnimy naprawę awaryjną wykonaną przez specjalistę szklarza w celu zabezpieczenia miejsca zamieszkania. Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia organizację i pokrywa koszty dojazdu i robocizny szklarza.

Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokrywa koszty awaryjnej interwencji szklarza łącznie do wysokości limitu kwotowego **500 złotych**, ustalonego na każdą sytuację awaryjną, jednak maksymalnie 2 (dwie) sytuacje awaryjne w okresie ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

W jakich sytuacjach odmawiamy wypłaty świadczenia

61. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli czasowa niezdolność do pracy jest skutkiem:
    1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego Twojego uczestnictwa w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
    2) działania 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 lub okaleczenia na Twoją prośbę, niezależnie od stanu Twojej poczytalności, usiłowania popełnienia przez Ciebie samobójstwa, niezależnie od stanu Twojej poczytalności;
    5) spożycia przez Ciebie alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w Twoim organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia co najmniej 0,2‰ alkoholu we krwi albo że zawartość alkoholu w wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm^3 wydychanego powietrza;
    6) zażycia 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 bądź ustawy zastępującej tę ustawę), 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 Ciebie czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
    9) Twojego udziału w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
    10) prowadzenia przez Ciebie pojazdu lądowego, statku wodnego lub powietrznego, jeżeli nie miałeś odpowiednich uprawnień, aby nim kierować; nie wypłacimy świadczenia również, gdy pojazd lub statek nie był dopuszczony do ruchu zgodnie z przepisami prawa;
    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) niepełnosprawności lub następującej choroby: choroba serca, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze krwi, udar mózgu, niedowład, padaczka, uzależnienie od alkoholu lub narko-

tyków, przewlekła obturacyjna choroba płuc, niewydolność nerek, cukrzyca, marskość wątroby, choroby zakaźne (WZW typów B i C, HIV, AIDS), guz lub nowotwór, jeżeli te choroby lub niepełnosprawności były rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i były przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem;

13) Twoich dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic;

14) bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych;

15) Twojej ciąży.

62. Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku, gdy czasowa niezdolność do pracy związana jest z pobytem w szpitalu, którego celem jest:

    1) leczenie lub poddanie się przez Ciebie zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub połogiem (z wyjątkiem komplikacji w okresie połogu zagrażających życiu kobiety);

    2) poddanie się przez Ciebie operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległeś w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;

    3) wykonanie Ci diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są choroba lub obrażenia ciała;

    4) wykonanie Ci zabiegów rehabilitacyjnych;

    5) leczenie u Ciebie wad wrodzonych.

63. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli ciężkie zachorowanie jest skutkiem:

    1) samookaleczenia lub okaleczenia na Twoją prośbę, usiłowania popełnienia przez Ciebie samobójstwa, niezależnie od stanu Twojej poczytalności;

    2) choroby AIDS lub zakażenia Cię wirusem HIV;

    3) zespołu uzależnienia od alkoholu, choroby alkoholowej;

    4) zażycia przez Ciebie 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;

    5) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;

    6) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

64. Świadczenie nie będzie wypłacone w związku z wystąpieniem ciężkiego zachorowania, które rozpoznano lub leczono lub którego objawy rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem.

65. W zakresie świadczeń medycznych i assistance domowego ochroną nie obejmujemy:

    1) zdarzeń, które miały miejsce poza okresem ubezpieczenia, tj. przed datą rozpoczęcia lub po dacie zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej we wnioskopolisie;

    2) przypadków, gdy przepisy prawa lub inne regulacje prawne uniemożliwiają nam zapewnienie świadczeń Tobie lub członkowi Twojej rodziny;

    3) żadnych strat lub szkód spowodowanych decyzją jakiegokolwiek organu państwowego;

    4) roszczeń wynikających z Twojego przestępczego lub umyślnego działania, błędu bądź zaniechania, a także działania naruszającego obowiązujące przepisy prawa lub regulacje, w tym nielegalnego użytkowania ubezpieczonego przedmiotu;

5) roszczeń niezwiązanych z Twoim stanem zdrowia, wynikających z prowadzonej działalności gospodarczej, wykonywanego zawodu lub przynależności politycznej, w ramach których otrzymujesz wynagrodzenie lub inne świadczenia w jakiejkolwiek formie;

6) utraconych korzyści, w tym utraconych zysków, odsetek lub szkód pośrednich;

7) szkód spowodowanych lub wynikających ze zdarzeń zewnętrznych: oficjalnie ogłoszonej klęski żywiołowej, burzy, pożaru, powodzi, uderzenia pioruna i wybuchów – o ile nie zostały wyraźnie wymienione jako objęte ochroną; spowodowanych energią jądrową oraz osiadaniem gruntu, inwazją owadów; wynikających z impulsu elektromagnetycznego, zarówno wywołanego przez człowieka, jak i występującego naturalnie, wycieku, zanieczyszczeń lub skażeń, promieniowania jonizującego lub skażenia radioaktywnego pochodzącego z paliwa jądrowego lub z odpadów jądrowych powstałych w wyniku spalania paliwa jądrowego, a także radioaktywnych, toksycznych, wybuchowych i innych niebezpiecznych właściwości urządzenia jądrowego lub jego części; spowodowanych falą uderzeniową pochodzącą od samolotów i innych obiektów latających poruszających się z prędkością dźwięku lub większą;

8) skutków zdarzeń związanych z ryzykiem zakażenia w czasie epidemii lub pandemii;

9) szkód spowodowanych bezpośrednio lub pośrednio przez wojnę (oficjalnie ogłoszoną lub nie), inwazję, rewolucję, niepokoje, zamieszki, akty przemocy politycznej, strajki pracownicze, nacjonalizację, konfiskatę, wywłaszczenie, pozbawienie własności lub akt terroryzmu, wynikające z nich lub związane z nimi, niezależnie od innej przyczyny powstania szkody; na potrzeby tego wyłączenia akt terroryzmu oznacza użycie lub groźbę użycia siły biologicznej, chemicznej lub jądrowej przez jakąkolwiek osobę lub grupę osób, działających samodzielnie, w imieniu lub w związku z jakąkolwiek organizacją (organizacjami) lub rządem (rządami), popełnione w celach politycznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych, w tym z zamiarem wywarcia wpływu na jakikolwiek rząd lub wywołania strachu wśród społeczeństwa lub jakiejkolwiek jego części, oraz wszelkie działania uznane przez rząd kraju zamieszkania za akt terroryzmu;

10) kosztów poniesionych bez naszej uprzedniej zgody, z zastrzeżeniem punktu 51;

11) wydatków, których nie można zweryfikować na podstawie dokumentów potwierdzających;

12) szkód powstałych w wyniku czynu popełnionego pod wpływem alkoholu, charakteryzującego się poziomem alkoholu we krwi przekraczającym dopuszczalny limit dla prowadzenia pojazdu na drogach publicznych, a także w przypadku odmowy poddania się badaniu alkomatem, badaniu moczu lub krwi, lub niemożności przeprowadzenia badania bezpośrednio po zdarzeniu z powodu ucieczki z miejsca wypadku, lub w przypadku zażywania środków odurzających, narkotyków lub środków uspokajających nieprzepisanych przez lekarza;

13) szkód powstałych w wyniku korzystania z pojazdów silnikowych, uprawiania sportów lotniczych lub polowań;

14) samobójstwa, próby samobójczej lub konsekwencji próby samobójczej;

15) szkód powstałych w związku z:
    a) ryzykiem zakażenia w czasie epidemii,
    b) narażeniem na zakaźne czynniki biologiczne,
    c) narażeniem na czynniki chemiczne, takie jak gaz bojowy,
    d) narażeniem na środki obezwładniające,
    e) narażeniem na środki radioaktywne,
    f) narażeniem na środki paralityczno-drgawkowe lub trwałe skutki neurotoksyczne, które podlegają kwarantannie lub środkom zapobiegawczym, szczególnemu nadzorowi lub zaleceniom międzynarodowych organów ds. zdrowia lub lokalnych organów ds. zdrowia w kraju, w którym przebywa ubezpieczony;

16) szkód powstałych w wyniku udziału w przestępstwie, wykroczeniu lub bójce, z wyjątkiem sytuacji działania w obronie koniecznej;

17) szkód powstałych w wyniku wcześniej rozpoznanych chorób psychicznych, chorób przewlekłych lub niepełnosprawności, w tym ich zaostrzenia lub następstw rozpoznanego schorzenia;

18) szkód wynikających z zabiegów estetycznych (w tym chirurgii plastycznej).

66. Nie ponosimy odpowiedzialności w zakresie świadczeń assistance domowego, w przypadku:

1) Twojego rażącego niedbalstwa, chyba że organizacja lub pokrycie kosztów świadczeń assistance domowego odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności lub zasadom współżycia społecznego;

2) szkód górniczych – w rozumieniu prawa górniczego;

3) systematycznego zawilgacania miejsca zamieszkania z powodu nieszczelności instalacji wodnej, centralnego ogrzewania lub kanalizacyjnej, klimatyzacji lub niewłaściwej wentylacji pomieszczeń lub kondensacji na powierzchni rur lub ścian wilgoci zawartej w powietrzu;

4) pęknięcia rur lub wyposażenia instalacyjnego od zamarznięcia wody lub innej cieczy, z powodu nieutrzymywania właściwej temperatury w pomieszczeniach;

5) umyślnego uszkodzenia sprzętu AGD lub sprzętu RTV przez Ciebie lub Twoją osobę bliską.

67. Nie zorganizujemy ani nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance domowego:

1) usług elektryka – w związku z uszkodzeniami pomp ciepła, paneli fotowoltaicznych, żarówek, lamp, żyrandoli, LED-ów, świetlówek, halogenów, domofonów, bezpieczników, przedłużaczy, gniazdek elektrycznych, przełączników, a także w przypadku prowadzenia przez Ciebie działalności gospodarczej w odniesieniu do jakichkolwiek maszyn i urządzeń;

2) usług hydraulika – w związku z uszkodzeniem baterii wodnych;

3) usług świadczonych w związku z uszkodzeniem podziemnych rur, instalacji kanalizacyjnych, gazowych, wodociągowych, podziemnych linii energetycznych lub tych instalacji, za których naprawę lub konserwację odpowiadają służby pogotowia technicznego, wodno-kanalizacyjnego, gazowego lub energetycznego albo właściciel lub administracja budynku mieszkalnego w miejscu zamieszkania;

4) usług świadczonych w związku z uszkodzeniem urządzeń elektrycznych gospodarstwa domowego, maszyn lub urządzeń, które służą Ci do prowadzenia działalności gospodarczej, oraz w związku z ich podłączeniem do sieci elektrycznej lub wodno-kanalizacyjnej;

5) usług świadczonych w związku z uszkodzeniami, o których wiedziałeś przed zawarciem umowy ubezpieczenia;

6) usług konserwacji instalacji oraz rutynowej konserwacji urządzeń w miejscu zamieszkania;

7) usług polegających na zdjęciu plomb lub zabezpieczeń z liczników;

8) usług polegających na usunięciu uszkodzeń o charakterze wyłącznie estetycznym;

9) usług związanych z uszkodzeniami i wadami wynikłymi z niewłaściwej lub niezgodnej z instrukcją instalacji, napraw, przeróbek, dostrojeń lub zmian konstrukcyjnych, dokonywanych przez Ciebie;

10) usług polegających na wykonaniu czynności przewidzianych w instrukcji obsługi lub instrukcji instalacji, do wykonania których zobowiązany jesteś we własnym zakresie i na własny koszt;

11) usług związanych z zużyciem materiałów eksploatacyjnych oraz naturalnym zużyciem mienia np. baterii, czytnika lasera;

12) usług związanych z uszkodzeniami mechanicznymi, chemicznymi lub termicznymi sprzętu AGD, sprzętu RTV i wywołanymi nimi wadami;

13) usług związanych z uszkodzeniem lub awarią instalacji fotowoltaicznej;

14) usług związanych z poszukiwaniem szkody, a w tym: kucia ścian, kucia podłóg, demontażu urządzeń i armatur, demontażu zabudów, np. kuchennej i łazienkowej, wynajmu urządzeń do lokalizacji miejsca wycieku;

15) usług świadczonych w częściach wspólnych budynku mieszkalnego, w którym znajduje się miejsce zamieszkania;

16) usług świadczonych poza granicami Polski lub związanych z posiadaniem nieruchomości położonej poza granicami Polski.

68. Nie pokryjemy kosztów usług związanych z przeglądami instalacji elektrycznej, instalacji gazowej, kontrolami przewodów kominowych. Nie pokryjemy także kosztów materiałów zastosowanych w związku z wykonywaniem tych przeglądów lub kontroli.

69. W zakresie assistance domowego ochroną nie są objęte:
    1) domy/lokale przeznaczone na cele mieszkaniowe, w przypadku których nie nastąpił wymagany prawem odbiór techniczny instalacji lub jeśli dom lub mieszkanie nie otrzymało pozwolenia na użytkowanie;
    2) budynki niepołączone z gruntem, w tym domy mobilne i przyczepy;
    3) naprawy urządzeń nadal objętych gwarancją producenta;
    4) w przypadku katastrofy budowlanej – wszelkie naprawy szkód w miejscu zamieszkania spowodowane błędem konstrukcyjnym;
    5) miejsce zamieszkania wykorzystywane do prowadzenia działalności gospodarczej lub w celach komercyjnych; ponadto z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszelkie oddzielne przestrzenie robocze przeznaczone do prowadzenia działalności gospodarczej, w szczególności jeśli wiąże się to z przechowywaniem, wykorzystywaniem profesjonalnego sprzętu lub odwiedzającymi lokal klientami;
    6) szkody powstałe poza miejscem zamieszkania – garaże wolnostojące, budynki gospodarcze, altanki ogrodowe i wszelkie inne konstrukcje znajdujące się poza miejscem zamieszkania.

70. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczeń medycznych i assistance domowego, jeżeli było ono spowodowane:
    1) działaniem siły wyższej lub katastrofy naturalnej,
    2) strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroru, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych,

    o ile zdarzenie powodujące opóźnienie miało bezpośredni związek z wykonaniem świadczenia.

Szczególne środki ograniczające

71. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, o ile zawarcie lub wykonywanie tej umowy nie prowadziłoby do naruszenia obowiązujących przepisów dotyczących sankcji gospodarczych, handlowych, finansowych lub embarg, w szczególności jeżeli ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony z umowy:
    1) nie znajduje się na listach osób lub podmiotów objętych sankcjami, oraz
    2) nie jest bezpośrednio ani pośrednio kontrolowany przez osobę lub podmiot objęty sankcjami.

    Przepisy sankcyjne mogą wynikać w szczególności z regulacji przyjętych przez Organizację Narodów Zjednoczonych, Unię Europejską, Stany Zjednoczone Ameryki lub inne państwa bądź organizacje międzynarodowe.

72. Jeżeli na etapie zawierania umowy ubezpieczenia okaże się, że warunki określone w punkcie 71 nie są spełnione, Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia albo uznać, że umowa nie została skutecznie zawarta. Jeżeli zawarcie umowy ubezpieczenia nie narusza przepisów, o których mowa w punkcie 71, umowa obowiązuje od dnia wystawienia dokumentu ubezpieczenia.

73. Jeżeli w trakcie trwania umowy ubezpieczenia jej zawarcie lub wykonywanie mogłoby prowadzić do naruszenia obowiązujących przepisów dotyczących sankcji gospodarczych, handlowych, finansowych lub embarg, w szczególności z uwagi na objęcie sankcjami ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy albo sprawowanie nad nimi bezpośredniej lub pośredniej kontroli przez osobę lub podmiot objęty sankcjami, zakład ubezpieczeń nie jest zobowiązany do spełnienia świadczeń wynikających z umowy i może w zakresie dopuszczalnym przez przepisy prawa:
    1) wstrzymać świadczenie lub odmówić jego spełnienia;

2) zawiesić udzielanie ochrony ubezpieczeniowej;

3) rozwiązać umowę ubezpieczenia;

4) podjąć inne działania wymagane przepisami prawa.

Powyższe postanowienia stosuje się z uwzględnieniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w tym prawa polskiego oraz prawa Unii Europejskiej.

REKLAMACJE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW, PRAWO WŁAŚCIWE

W jakim trybie można składać reklamacje, skargi i zażalenia

74. 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.

75. 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, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

76. 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, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

77. Reklamacje można składać nam w następujący sposób:

    1) ustnie:

        a) na naszej infolinii pod numerem telefonu +48 22 599 95 22 lub

        b) osobiście do protokołu podczas wizyty w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie;

    2) na piśmie:

        a) w postaci papierowej:

            – na adres: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo

            – osobiście w naszej siedzibie,

        b) w postaci elektronicznej:

            – przez formularz na naszej stronie internetowej dostępny pod adresem www.uniqa.pl/reklamacje,

            – na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych; nasz adres to: AE:PL-71235-46013-CSHSF-26.

78. Odpowiedzi na reklamację udzielimy na piśmie w tej samej postaci, w której złożysz reklamację, chyba że zawnioskujesz inaczej. Na reklamacje złożone ustnie odpowiemy na piśmie w postaci, którą wybierzesz, tj. w postaci papierowej albo elektronicznej. W przypadku złożenia reklamacji przez inne osoby niż osoby fizyczne – odpowiemy w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.
79. Odpowiedzi na reklamację udzielimy bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
80. 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, 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.
81. 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.
82. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
83. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
84. 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 (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
85. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami powyżej, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia punktów 77–80 oraz 84, 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.

Jak uregulowana jest właściwość sądów oraz prawo właściwe

86. 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.
87. 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.
88. W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy stosuje się przepisy prawa polskiego.

SŁOWNIK POJĘĆ

89. W OWU używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
    1) **adres zamieszkania** lub **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce Twojego stałego pobytu na terenie Polski wskazane we wnioskopolisie przez podanie dokładnego adresu, a w przypadku jego zmiany – w pisemnym zgłoszeniu tej zmiany;
    2) **agent** – Provident Polska S.A.;
    3) **awaria** – uszkodzenie sprzętu AGD lub sprzętu RTV wynikające z przyczyny wewnętrznej, które spełnia łącznie wszystkie poniższe warunki:
        a) uniemożliwia korzystanie z tych urządzeń zgodnie z zaleceniami producenta,
        b) powstało mimo używania sprzętu zgodnie z instrukcją jego obsługi lub instalacji,
        c) nie jest spowodowane działaniem żadnego czynnika zewnętrznego;

4) **bójka** – starcie fizyczne pomiędzy co najmniej trzema osobami, z których każda jednocześnie atakuje i broni się, w trakcie którego występuje niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia ciężkiego bądź średniego uszczerbku na zdrowiu;

5) **Centrum Alarmowe Towarzystwa** – podmiot działający w imieniu i na rzecz UNIQA TU S.A., zajmujący się organizacją świadczeń medycznych, przyjmujący zgłoszenia pod numerem telefonu +48 22 232 25 29;

6) **choroba przewlekła** – choroba zdiagnozowana przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;

7) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99);

8) **ciężkie zachorowanie** – jedna ze zdefiniowanych chorób lub operacji:

   a) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

      – typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,

      – jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;

      ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;

   b) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:

      – epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),

      – uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,

      – patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,

      – przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;

      z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki:

      – epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),

      – zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,

      – wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,

      – jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych;

c) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa;

zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów;

z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

– rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,

– wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),

– czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,

– nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,

– wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;

d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa; ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia;

e) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwały ubytek neurologiczny; wykluczeniu podlegają: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;

f) **utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obojgu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;

g) **oparzenia** – głębokie termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:

– nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,

– nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,

– nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;

przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się regułę dziewiątek lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;

h) **przeszczep narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki lub trzustki; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;

i) **pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki

ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

j) **angioplastyka wieńcowa** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;

9) **czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej trwająca nieprzerwanie odpowiednio 14 lub 30 dni, potwierdzona zwolnieniem lekarskim, która rozpoczęła się w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pierwsze świadczenie zostanie wypłacone po 14 dniach nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy; drugie świadczenie zostanie wypłacone po 30 dniach nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy (liczonych od pierwszego dnia wystąpienia zdarzenia); trzecie świadczenie i każde kolejne – za każde kolejne nieprzerwane 30 dni czasowej niezdolności do pracy;

10) **dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień, w którym rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Towarzystwo; ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż dnia następnego po zapłacie składki, z zastrzeżeniem że z tytułu czasowej niezdolności do pracy rozpoczyna się po upływie 30 dni, a z tytułu ciężkiego zachorowania po upływie 90 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;

11) **dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;

12) **dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych rodzajów ryzyka:

a) czasowa niezdolność do pracy – pierwszy dzień niezdolności wskazany na zwolnieniu lekarskim,

b) ciężkie zachorowanie – dzień zdiagnozowania choroby po przeprowadzonym badaniu lub dzień przeprowadzenia operacji ubezpieczonego,

c) zdarzenie medyczne – dzień nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania,

d) sytuacja awaryjna – dzień wystąpienia sytuacji awaryjnej,

e) awaria – dzień wystąpienia awarii,

f) zdarzenie losowe – dzień wystąpienia zdarzenia losowego;

13) **dzień zawarcia umowy ubezpieczenia** – dzień podpisania przez Ciebie oraz naszego przedstawiciela wnioskopolisy;

14) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;

15) **katastrofy naturalne** – trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne;

16) **klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, posiadająca obywatelstwo polskie;

17) **lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa** – lekarz konsultant Centrum Alarmowego Towarzystwa;

18) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, niebędący członkiem rodziny ani lekarzem Centrum Alarmowego Towarzystwa;

19) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w okresie ubezpieczenia w sposób nagły i niespodziewany;

20) **naprawy awaryjne** – prace wykonywane przez naszego specjalistę w celu rozwiązania sytuacji awaryjnej i zapobieżenia dalszym szkodom lub zminimalizowania tych szkód; wykonując

naprawę, zapewnimy, że miejsce ubezpieczenia będzie bezpieczne i nadające się do zamieszkania, ale nie będziemy odpowiedzialni za przywrócenie go do stanu pierwotnego;

21) **niepełnoletnie dziecko** – Twoje własne lub przysposobione dziecko, które nie ukończyło 18. roku życia;

22) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od Twojej woli ani stanu zdrowia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia i spowodowało Twoje fizyczne obrażenia ciała, przy czym nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu tych OWU zawału serca, udaru mózgu i wszelkich chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia; na potrzeby zdarzeń medycznych jest to dodatkowo zdarzenie skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej;

23) **okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawieramy z Tobą umowę ubezpieczenia – jest to okres 12 miesięcy;

24) **osoba bliska** – osoba, która mieszka i pozostaje z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym;

25) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca z Tobą, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;

26) **pakiet ubezpieczenia** – wersja umowy ubezpieczenia, którą możesz wybrać:
    a) ProviProtector Standard,
    b) ProviProtector Komfort,
    c) ProviProtector Premium,
    d) ProviProtector VIP;

27) **placówka medyczna** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce; za placówkę medyczną w rozumieniu tych OWU nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;

28) **siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Centrum Alarmowe Towarzystwa lub uniemożliwia ubezpieczonemu zgłoszenie Towarzystwu zdarzenia medycznego;

29) **składka** – kwota, do której zapłaty jesteś zobowiązany, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej;

30) **sprzęt AGD** – wymienione w tym punkcie sprzęty, które znajdują się w miejscu ubezpieczenia, zostały kupione jako fabrycznie nowe i które w dniu awarii mają do 5 lat (liczymy wiek od daty zakupu, a jeśli klient nie posiada dokumentu potwierdzającego zakup to od daty ich produkcji): kuchnie oraz płyty gazowe i elektryczne, kuchenki mikrofalowe, piekarniki elektryczne, pralki, elektryczne suszarki ubraniowe, pralko-suszarki, chłodziarki, chłodziarko-zamrażarki, zamrażarki, zmywarki, odkurzacze (w tym odkurzacze automatyczne), mopy parowe, żelazka, wolno stojące klimatyzatory, osuszacze powietrza, nawilżacze powietrza, ekspresy do kawy (kapsułkowe, ciśnieniowe, automatyczne), roboty kuchenne, mechaniczne lub elektryczne wyciskarki do soków, sokowirówki, grille, blendery, parowary;

31) **sprzęt RTV** – wymienione w tym punkcie sprzęty, które znajdują się w miejscu ubezpieczenia, zostały kupione jako fabrycznie nowe i które w dniu awarii mają do 5 lat (liczymy wiek od daty ich produkcji): odbiorniki telewizyjne, zestawy kina domowego, odtwarzacze wideo i DVD, zestawy hi-fi, wieże, gramofony;

32) **suma ubezpieczenia** – górna granica naszej odpowiedzialności z tytułu wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych;

33) **sytuacja awaryjna** – nagła i nieprzewidziana sytuacja w miejscu zamieszkania, która – jeśli nie zostanie szybko rozwiązana – uniemożliwi dostęp do miejsca zamieszkania lub sprawi, że stanie się ono niebezpieczne, niezabezpieczone, albo spowoduje uszkodzenie lub dalsze zniszczenie miejsca zamieszkania lub jego wyposażenia, lub może doprowadzić do utraty głównego źródła wody, prądu lub gazu;

34) **szpital** – podmiot leczniczy, świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa dotyczących funkcjonowania placówek medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; pojęcie to nie obejmuje domów opieki, hospicjów, zakładów opiekuńczo-leczniczych, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, szpitali sanatoryjnych, szpitali rehabilitacyjnych, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;

35) **śmierć** – nieoczekiwana śmierć, niespowodowana własnym działaniem;

36) **Towarzystwo** – UNIQA TU S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51;

37) **transport medyczny** – transport zapewniony Tobie przez nas, dostosowany do Twojego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli Twój stan zdrowia w opinii lekarza prowadzącego leczenie lub dyspozytora pogotowia ratunkowego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego; za transport medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;

38) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające Ci przechowywanie informacji kierowanych osobiście do Ciebie, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;

39) **ubezpieczający** – klient, który zawarł umowę ubezpieczenia;

40) **ubezpieczony** – klient objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, będący jednocześnie ubezpieczającym;

41) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;

42) **uprawniony przedstawiciel agenta** – osoba wykonująca czynności agencyjne na rzecz agenta;

43) **wada wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;

44) **wnioskopolisa** – dokument ubezpieczeniowy podpisany przez Ciebie i uprawnionego przedstawiciela agenta, stanowiący wniosek ubezpieczającego o zawarcie umowy ubezpieczenia, a w przypadku zaakceptowania przez nas lub uprawnionego przedstawiciela agenta – będący jednocześnie potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia;

45) **zdarzenie losowe** – następujące nagłe i nieprzewidziane zdarzenie:

   a) dym i sadza – niszczące oddziaływanie produktów spalania,

   b) pożar – działanie ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i mógł rozprzestrzenić się o własnej sile,

   c) wybuch (eksplozja i implozja) – gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary;

   d) złe warunki pogodowe – wszelkie niebezpieczne zjawiska meteorologiczne, mogące potencjalnie powodować szkody lub utratę życia ludzkiego: silny wiatr, grad, nadmierne opady, burze, wyładowania atmosferyczne, tornada i burze śnieżne;

e) akt wandalizmu – celowe i umyślne zniszczenie lub uszkodzenie mienia należącego do ubezpieczonego w następstwie działania, które wykonała osoba trzecia wbrew woli ubezpieczonego;

f) kradzież z włamaniem – zabór cudzego mienia w celu przywłaszczenia, którego sprawca dokonał albo usiłował dokonać z miejsca zamieszkania po usunięciu – przy użyciu siły i narzędzi – istniejących zabezpieczeń, pozostawiając ślady stanowiące dowód użycia siły lub narzędzi, lub po otwarciu zabezpieczeń kluczem lub innym urządzeniem otwierającym, który sprawca zdobył przez kradzież z włamaniem do innego pomieszczenia;

46) **zdarzenie medyczne** – nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie, mające miejsce w okresie ubezpieczenia, uprawniające do skorzystania ze świadczeń medycznych;

47) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia:

a) czasowa niezdolność do pracy,

b) ciężkie zachorowanie,

c) zdarzenie medyczne z zakresu świadczeń medycznych,

d) sytuacja awaryjna albo awaria, albo zdarzenie losowe z zakresu świadczeń assistance domowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

90. W sprawach, których nie regulują OWU oraz umowa ubezpieczenia, stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

91. OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z 4 sierpnia 2026 roku.

DANE DO KONTAKTU

Chcesz skorzystać ze świadczeń medycznych albo usług assistance domowego – skontaktuj się z Centrum Alarmowym Towarzystwa

tel. +48 22 232 25 29

Zgłoszenie roszczenia

Roszczenie można zgłosić:

- na naszej stronie internetowej dostępnej pod adresem www.uniqa.pl w zakładce Szkody i roszczenia
- wysyłając zgłoszenie na adres:
  UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
  ul. Chłodna 51
  00-867 Warszawa
  z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie
- wysyłając e-mail na adres: ubezpieczenia.ba@uniqa.pl
- możesz też złożyć oświadczenie, korzystając z formularza dostępnego na naszej stronie uniqa.pl

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)

Zgłoszenie reklamacji

- ustnie – telefonicznie pod numer tel. + 48 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście do protokołu podczas wizyty w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie
- na piśmie w postaci elektronicznej:
  – poprzez formularz na naszej stronie internetowej dostępny pod adresem www.uniqa.pl/reklamacje
  – na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych; nasz adres to: AE:PL-71235-46013-CSHSF-26
- na piśmie w postaci papierowej:
  – osobiście, w jednostce obsługującej klientów lub naszej siedzibie, albo
  – przesyłką pocztową na następujący adres:
    UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
    00-867 Warszawa
    ul. Chłodna 51

Jak skorzystasz ze świadczeń medycznych, gdy nagle zachorujesz lub ulegniesz nieszczęśliwemu wypadkowi

Potrzebujesz:

Zadzwoń na infolinię medyczną +48 22 232 25 29*

- Transport medyczny
- Opieka pielęgniarska
- Dostarczenie leków
- Infolinia medyczna
- Pomoc domowa
- Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji
- Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala
- Opieka nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi i niepełnoletnimi dziećmi
- Transport osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji

Jak skorzystać ze świadczeń assistance domowego, gdy nastąpi sytuacja awaryjna, awaria albo zdarzenie losowe

Zadzwoń pod numer telefonu +48 22 232 25 29*

- Awaryjna interwencja hydraulika
- Awaryjna interwencja elektryka
- Awaryjna interwencja technika instalacji gazowej
- Awaryjna interwencja szklarza
- Pomoc specjalisty AGD lub RTV
- Pojawienie się gniazd os lub szerszeni w miejscu zamieszkania

Jak złożysz wniosek o świadczenie pieniężne

Zgłoś roszczenie przez stronę internetową uniqa.pl

lub

Pobierz wniosek o wypłatę świadczenia z broszury lub z uniqa.pl, wypełnij wniosek, dołącz wskazane w nim dokumenty i wyślij do UNIQA.

Wniosek dotyczący ryzyka czasowej niezdolność do pacy albo ciężkiego zachorowania
wyślij do UNIQA TU S.A.
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie

Jak uzyskać dodatkowe informacje na temat ubezpieczenia

Potrzebujesz więcej informacji na temat ubezpieczenia:

zadzwoń na infolinię UNIQA:
22 599 95 22*

lub

napisz:
umowy.ubezpieczenia@uniqa.pl

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych

27390826 UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 271543, NIP 107-00-06-155
Kapitał zakładowy: 141 730 747 zł – wpłacony w całości