

## 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 od 1 do 6 punkty od 41 do 52 Regulamin świadczeń assistance medycznego nr 1 § 2 i § 3 Regulamin świadczeń assistance medycznego nr 2 § 2–§ 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	punkty od 68 do 79 Regulamin świadczeń assistance medycznego nr 1 § 4 i § 5 ust. 2 Regulamin świadczeń assistance medycznego nr 2 § 5

Ogólne warunki ubezpieczenia dla klientów Providenta (indeks PR/2024/09) (dalej: OWU) stosuje się do umów ubezpieczenia zawartych z UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną (zwaną także UNIQA TU S.A.) lub UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółką Akcyjną (zwaną także UNIQA TUnŻ S.A.).

1. UNIQA TUnŻ S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej w następującym zakresie:
  - 1) pakiet ProviŻycie:
    - a) Twoja śmierć,
    - b) Twoja diagnoza nowotworu przedinwazyjnego,
    - c) Twoja diagnoza nowotworu złośliwego,
    - d) Twoje poważne zachorowanie,
    - e) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 2;
  - 2) pakiet ProviŻycie Premium:
    - a) Twoja śmierć,
    - b) Twoja diagnoza nowotworu przedinwazyjnego,
    - c) Twoja diagnoza nowotworu złośliwego,
    - d) Twoje poważne zachorowanie,
    - e) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 2,
    - f) organizacja i pokrycie kosztów drugiej opinii medycznej oraz pomoc w planowaniu lub organizacji leczenia dla Ciebie zgodnie z załącznikiem nr 2.
2. UNIQA TU S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej w następującym zakresie:
  - 1) pakiet ProviZdrowie:
    - a) Twój pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek,
    - b) Twój pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
    - c) Twój pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
    - d) Twoje złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
    - e) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1;
  - 2) pakiet ProviZdrowie Plus:
    - a) Twój pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek,
    - b) pobyt w szpitalu osoby bliskiej z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek,
    - c) Twój pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
    - d) pobyt osoby bliskiej na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
    - e) Twój pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
    - f) pobyt w szpitalu osoby bliskiej w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
    - g) Twoje złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
    - h) złamania kości osoby bliskiej w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
    - i) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1,
    - j) zdarzenie medyczne, w wyniku którego osobie bliskiej będzie przysługiwać prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1.

3. UNIQA TU S.A. i UNIQA TUnŻ S.A. udzielają ochrony ubezpieczeniowej w następującym zakresie:

1) pakiet ProviŻyj Zdrowo:

- a) Twoja śmierć (UNIQA TUnŻ S.A.),
- b) Twoja diagnoza nowotworu przedinwazyjnego (UNIQA TUnŻ S.A.),
- c) Twoja diagnoza nowotworu złośliwego (UNIQA TUnŻ S.A.),
- d) Twoje poważne zachorowanie (UNIQA TUnŻ S.A.),
- e) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 2 (UNIQA TUnŻ S.A.),
- f) Twój pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek (UNIQA TU S.A.),
- g) Twój pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT) (UNIQA TU S.A.),
- h) Twój pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (UNIQA TU S.A.),
- i) Twoje złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku (UNIQA TU S.A.),
- j) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1 (UNIQA TU S.A.);

2) pakiet ProviŻyj Zdrowo Plus:

- a) Twoja śmierć (UNIQA TUnŻ S.A.),
- b) Twoja diagnoza nowotworu przedinwazyjnego (UNIQA TUnŻ S.A.),
- c) Twoja diagnoza nowotworu złośliwego (UNIQA TUnŻ S.A.),
- d) Twoje poważne zachorowanie (UNIQA TUnŻ S.A.),
- e) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1 (UNIQA TUnŻ S.A.),
- f) Twój pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek (UNIQA TU S.A.),
- g) pobyt w szpitalu osoby bliskiej z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek (UNIQA TU S.A.),
- h) Twój pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT) (UNIQA TU S.A.),
- i) pobyt osoby bliskiej na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT) (UNIQA TU S.A.),
- j) Twój pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (UNIQA TU S.A.),
- k) pobyt w szpitalu osoby bliskiej w wyniku nieszczęśliwego wypadku (UNIQA TU S.A.),
- l) Twoje złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku (UNIQA TU S.A.),
- m) złamania kości osoby bliskiej w wyniku nieszczęśliwego wypadku (UNIQA TU S.A.),
- n) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1 (UNIQA TU S.A.),
- o) zdarzenie medyczne, w wyniku którego osobie bliskiej będzie przysługiwać prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1 (UNIQA TU S.A.).

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,
- obowiązkami informacyjnymi wynikającymi z ustawy o prawach konsumenta (dotyczy umowy zawieranej na odległość).

## **SPIS TREŚCI**

Co oznaczają te pojęcia .....	19
Przedmiot i zakres ubezpieczenia .....	19
Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania .....	21
Prawa i obowiązki .....	23
Składka .....	24
Suma ubezpieczenia, świadczenia ubezpieczeniowe .....	24
Uposażony .....	29
Wyłączenia odpowiedzialności .....	30
Reklamacje, właściwość sądów, prawo właściwe .....	33
Słownik pojęć .....	35
Postanowienia końcowe .....	42
Dane kontaktowe .....	43
Załącznik nr 1 do OWU – Regulamin świadczeń assistance medycznego nr 1 (dotyczy pakietów: ProviZdrowie, ProviZdrowie Plus, ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus) . . . .	44
Załącznik nr 2 do OWU – Regulamin świadczeń assistance medycznego nr 2 (dotyczy pakietów: ProviŻycie, ProviŻycie Premium, ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus) . . . .	48
Załącznik nr 3 do OWU – Lista nowotworów złośliwych .....	51
Załącznik nr 4 do OWU – Lista nowotworów przedinwazyjnych .....	54

## CO OZNACZAJĄ TE POJĘCIA

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

**My** – łącznie UNIQA TU S.A. oraz UNIQA TUnŻ S.A.

**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.

**Osoba bliska** – w zakresie pakietów ProviZdrowie Plus i ProviŻyj Zdrowo Plus wskazany przez ubezpieczającego we wnioskopolisie jeden członek rodziny, którym może być: rodzic, małżonek, partner, dziecko ubezpieczonego.

## PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### Kogo możemy objąć ubezpieczeniem

1. W pakietach ProviZdrowie i ProviZdrowie Plus ubezpieczeniem możemy objąć Ciebie, jeśli masz co najmniej 18 i nie więcej niż 95 lat w dniu planowego zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, mieszkasz na stałe w Polsce oraz złożyłeś prawidłowo wypełnioną wnioskopolisę ze wszystkimi wymaganymi przez nas oświadczeniami znajdującymi się w tej wnioskopolisie.
2. W pakietach ProviŻycie, ProviŻycie Premium, ProviŻyj Zdrowo i ProviŻyj Zdrowo Plus ubezpieczeniem możemy objąć Ciebie, jeśli masz co najmniej 18 i nie więcej niż 75 lat w dniu planowego zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, mieszkasz na stałe w Polsce oraz złożyłeś prawidłowo wypełnioną wnioskopolisę ze wszystkimi wymaganymi przez nas oświadczeniami znajdującymi się w tej wnioskopolisie.

### Co jest przedmiotem ubezpieczenia

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest:
  - 1) w pakietach ProviZdrowie i ProviZdrowie Plus – zdrowie;
  - 2) w pakietach ProviŻycie, ProviŻycie Premium, ProviŻyj Zdrowo i ProviŻyj Zdrowo Plus – życie i zdrowie.

### Jaki jest zakres ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
  - 1) w pakiecie ProviŻycie:
    - a) Twoją śmierć,
    - b) Twoją diagnozę nowotworu przedinwazyjnego,
    - c) Twoją diagnozę nowotworu złośliwego,
    - d) Twoje poważne zachorowanie,
    - e) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 2;
  - 2) w pakiecie ProviŻycie Premium:
    - a) Twoją śmierć,
    - b) Twoją diagnozę nowotworu przedinwazyjnego,
    - c) Twoją diagnozę nowotworu złośliwego,
    - d) Twoje poważne zachorowanie,
    - e) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 2,

- f) zorganizowanie dla Ciebie i pokrycie kosztów drugiej opinii medycznej oraz pomoc w planowaniu lub organizacji leczenia zgodnie z załącznikiem nr 2;
- 3) w pakiecie ProviZdrowie:
- a) jeśli nie ukończyłeś 75 lat – Twój pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek i Twój pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz Twój pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
  - b) jeśli ukończyłeś 75 lat – Twój pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - c) Twoje złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - d) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1;
- 4) w pakiecie ProviZdrowie Plus:
- a) jeśli nie ukończyłeś 75 lat – Twój pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek i Twój pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz Twój pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
  - b) jeśli osoba bliska nie ukończyła 75 lat – jej pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek i jej pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz jej pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
  - c) jeśli ukończyłeś 75 lat – Twój pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - d) jeśli osoba bliska ukończyła 75 lat – jej pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - e) Twoje złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - f) złamania kości osoby bliskiej w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - g) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1,
  - h) zdarzenie medyczne, w wyniku którego osobie bliskiej będzie przysługiwać prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1;
- 5) w pakiecie ProviŻyj Zdrowo:
- a) Twoją śmierć,
  - b) Twoją diagnozę nowotworu przedinwazyjnego,
  - c) Twoją diagnozę nowotworu złośliwego,
  - d) Twoje poważne zachorowanie,
  - e) Twój pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek i Twój pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz Twój pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
  - f) Twój pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - g) Twoje złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - h) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1,
  - i) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 2;
- 6) w pakiecie ProviŻyj Zdrowo Plus:
- a) Twoją śmierć,
  - b) Twoją diagnozę nowotworu przedinwazyjnego,
  - c) Twoją diagnozę nowotworu złośliwego,
  - d) Twoje poważne zachorowanie,
  - e) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 2,

- f) Twój pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek i Twój pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz Twój pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
  - g) pobyt w szpitalu osoby bliskiej z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek i jej pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz jej pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
  - h) Twój pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - i) pobyt w szpitalu osoby bliskiej w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - j) Twoje złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - k) złamania kości osoby bliskiej w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - l) zdarzenie medyczne, w wyniku którego przysługiwać Ci będzie prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1,
  - m) zdarzenie medyczne, w wyniku którego osobie bliskiej będzie przysługiwać prawo do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1.
5. Dzień zdarzenia ubezpieczeniowego musi zająć w okresie ubezpieczenia.
6. 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, jeśli nastąpiły one w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i których bezpośrednią przyczyną były fizyczne obrażenia ciała odniesione w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

## **UMOWA UBEZPIECZENIA – ZAWARCIE I CZAS TRWANIA**

### **W jaki sposób możesz zawrzeć umowę ubezpieczenia**

7. Możesz zawrzeć umowę ubezpieczenia na podstawie wypełnionego i zaakceptowanego przez uprawnionego przedstawiciela agenta dokumentu wnioskopolisy.
8. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta pod warunkiem, że złożysz wszystkie wymagane oświadczenia oraz zgody o treści i w formie przez nas wymaganej w dokumencie wnioskopolisy.
9. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta na okres ubezpieczenia wskazany we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem że:
- 1) w Pakiecie ProviZdrowie i ProviZdrowie Plus – jeśli Twój wiek w trakcie okresu ubezpieczenia przekroczy 95 lat, to ochrona zostanie zakończona;
  - 2) w Pakiecie ProviŻycie, ProviŻycie Premium, ProviŻyj Zdrowo i ProviŻyj Zdrowo Plus – jeśli Twój wiek w trakcie okresu ubezpieczenia przekroczy 75 lat, to ochrona zostanie zakończona.
10. W tym samym czasie możesz być objęty ochroną w ramach tych OWU z następującymi limitami:
- 1) pakiety, gdzie ochrona jest świadczona przez spółkę UNIQA TUnŻ S.A. – maksymalnie 2 pakiety;
  - 2) pakiety, gdzie ochrona jest świadczona przez spółkę UNIQA TU S.A. – maksymalnie 2 pakiety.
- Przy czym limity w pakietach ProviŻyj Zdrowo i ProviŻyj Zdrowo Plus liczą się jako jeden spółki UNIQA TUnŻ S.A. i jeden UNIQA TU S.A.
11. Jeśli podejmiemy decyzję, że nie możemy zawrzeć z Tobą umowy, poinformujemy Cię o tym za pośrednictwem naszego agenta.

### **Jak długo działa ochrona ubezpieczeniowa**

12. Nasza odpowiedzialność obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, w przypadku których dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego miał miejsce w czasie udzielania ochrony.
13. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową przez okres ubezpieczenia trwający:
- 1) 12 miesięcy, 18 miesięcy lub 24 miesiące (w zależności od Twojego wyboru) – pod warunkiem opłacenia składki za pośrednictwem agenta w pełnej wysokości w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

- 2) 12 miesięcy – pod warunkiem opłacenia składki przelewem bezpośrednio na nasz rachunek bankowy w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
14. Z tytułu pobytu w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek oraz zdarzeń medycznych, w wyniku których świadczone są usługi assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 14 dni od dnia, w którym zawarłeś umowę ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż dnia następnego po zapłacie składki.
15. Z tytułu poważnego zachorowania, diagnozy nowotworu przedinwazyjnego, diagnozy nowotworu złośliwego oraz zdarzeń medycznych, w wyniku których świadczone są usługi assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 2, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia, w którym zawarłeś umowę ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż dnia następnego po zapłacie składki.
16. Jeśli zawrzesz kolejne umowy ubezpieczenia w ramach tych OWU bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego okresu ubezpieczenia, w którym ochrona ubezpieczeniowa była świadczona na podstawie tych OWU, punkty 14 i 15 nie mają zastosowania. Jeśli rozwiązałeś poprzednią umowę w trybie odstąpienia lub rezygnacji, to ten punkt nie obowiązuje.
17. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
  - 1) z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
    - a) Twojej śmierci,
    - b) śmierci osoby bliskiej – w pakietach ProviZdrowie Plus, ProviŻyj Zdrowo Plus w zakresie, w którym dotyczą osoby bliskiej,
    - c) odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
    - d) z dniem następującym po złożeniu przez Ciebie oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia,
    - e) zakończenia okresu ubezpieczenia;
  - 2) z dniem ukończenia:
    - a) przez Ciebie 95 lat – w pakietach ProviZdrowie, ProviZdrowie Plus,
    - b) przez Ciebie 75 lat – w pakietach ProviŻycie, ProviŻycie Premium, ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus,
    - c) przez osobę bliską 75 lat w przypadku rodzica, małżonka, partnera – w pakietach ProviZdrowie Plus, ProviŻyj Zdrowo Plus,
    - d) przez osobę bliską 21 lat w przypadku dziecka – w pakietach ProviZdrowie Plus, ProviŻyj Zdrowo Plus;
  - 3) w zakresie diagnozy:
    - a) nowotworu złośliwego typu I – wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu diagnozy nowotworu złośliwego typu I,
    - b) nowotworu złośliwego typu II – wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu diagnozy nowotworu złośliwego typu II,
    - c) nowotworu przedinwazyjnego – wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu diagnozy nowotworu przedinwazyjnego;
  - 4) w zakresie poważnego zachorowania – wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania.
18. 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.
19. Umowę ubezpieczenia możesz wypowiedzieć w każdym czasie.



20. 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 znajdziesz na stronie internetowej [www.provident.pl](http://www.provident.pl).
21. Zwracamy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

### **Jakie mogą być skutki podania nieprawdziwych informacji**

22. 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.
23. 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. Jeśli nie podałeś nam wszystkich wyżej wymienionych znanych sobie okoliczności z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmujemy, 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.
24. Jeśli pomimo braku odpowiedzi na zadane pytania obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową, oznacza to, że pominięte okoliczności uważamy za nieistotne.

## **PRAWA I OBOWIĄZKI**

### **Jakie są Twoje prawa jako ubezpieczającego**

25. 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**

26. Do Twoich obowiązków należy:
  - 1) opłacenie składki w wymaganej wysokości,
  - 2) w zakresie ochrony świadczonej przez UNIQA TU S.A. – powiadamianie nas o zmianach okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

### **Jakie prawa ma ubezpieczony**

27. Ubezpieczony ma prawo do:
  - 1) otrzymania od nas wypłaty świadczenia,
  - 2) skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z Regulaminem świadczeń assistance medycznego nr 1 lub z Regulaminem świadczeń assistance medycznego nr 2,
  - 3) składania reklamacji na zasadach wskazanych w umowie ubezpieczenia.

### **Jakie są nasze obowiązki**

28. 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

29. Wysokość składki zależy od okresu ubezpieczenia, na jaki zawierasz umowę ubezpieczenia, oraz wybranego przez Ciebie pakietu. Obliczamy ją na podstawie poniższych miesięcznych stawek ubezpieczeniowych:

Pakiet	ProviZdrowie	ProviZdrowie Plus	ProviŻycie	ProviŻycie Premium	ProviŻyj Zdrowo	ProviŻyj Zdrowo Plus
Wysokość stawki miesięcznej	42 zł	66 zł	42 zł	100 zł	82 zł	108 zł

30. Składka jest należna za okres ubezpieczenia, w którym udzielamy ochrony, i stanowi iloczyn wysokości stawki miesięcznej w wybranym pakiecie i okresu ubezpieczenia (12-, 18- lub 24-miesięcznego).
31. Wysokość należnej składki oraz terminy jej płatności są określone we wnioskopolisie.
32. W pakietach ProviZdrowie i ProviZdrowie Plus składka należna jest UNIQA TU S.A.
33. W pakietach ProviŻycie i ProviŻycie Premium składka należna jest UNIQA TUnŻ S.A.
34. W pakietach ProviŻyj Zdrowo i ProviŻyj Zdrowo Plus składka jest należna UNIQA TU S.A. i UNIQA TUnŻ S.A.

### Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki

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

## SUMA UBEZPIECZENIA, ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

### Gdzie wskazana jest wysokość sumy ubezpieczenia

36. Wysokości sumy ubezpieczenia dla poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wynoszą:

Pakiet ubezpieczenia	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
ProviZdrowie	Złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku	grupa I: 800 zł grupa II: 2 400 zł grupa III: 8 000 zł
	Pobyty w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	72 000 zł
	Pobyty w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek	36 000 zł
	Pobyty na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	6 000 zł
	Zdarzenia medyczne uprawniające do skorzystania ze świadczeń asystancje medycznej	zgodnie z Regulaminem świadczeń asystancje medycznej nr 1 (załącznik nr 1 do OWU)
ProviZdrowie Plus	Złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku	grupa I: 800 zł grupa II: 2 400 zł grupa III: 8 000 zł

Pakiet ubezpieczenia	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
<b>ProviZdrowie Plus</b>	Złamania kości osoby bliskiej w wyniku nieszczęśliwego wypadku	grupa I: 800 zł grupa II: 2 400 zł grupa III: 8 000 zł
	Pobyty w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	72 000 zł
	Pobyty w szpitalu osoby bliskiej w wyniku nieszczęśliwego wypadku	72 000 zł
	Pobyty w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek	36 000 zł
	Pobyty w szpitalu osoby bliskiej z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek	36 000 zł
	Pobyty na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	6 000 zł
	Pobyty osoby bliskiej na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	6 000 zł
	Zdarzenia medyczne uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistence medycznego	zgodnie z Regulaminem świadczeń assistence medycznego nr 1 (załącznik nr 1 do OWU)
	Zdarzenia medyczne osoby bliskiej uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistence medycznego	zgodnie z Regulaminem świadczeń assistence medycznego nr 1 (załącznik nr 1 do OWU)
<b>ProviŻycie</b>	Śmierć	12 000 zł
	Diagnoza nowotworu złośliwego	typ I: 15 000 zł typ II: 1 500 zł
	Diagnoza nowotworu przedinwazyjnego	1 500 zł
	Poważne zachorowanie	8 000 zł
	Zdarzenia medyczne uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistence medycznego	zgodnie z Regulaminem świadczeń assistence medycznego nr 2 (załącznik nr 2 do OWU)
<b>ProviŻycie Premium</b>	Śmierć	30 000 zł
	Diagnoza nowotworu złośliwego	typ I: 35 000 zł typ II: 3 500 zł
	Diagnoza nowotworu przedinwazyjnego	3 500 zł
	Poważne zachorowanie	30 000 zł
	Zdarzenia medyczne uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistence medycznego	zgodnie z Regulaminem świadczeń assistence medycznego nr 2 (załącznik nr 2 do OWU)
	Zorganizowanie i pokrycie kosztów drugiej opinii medycznej oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia	zgodnie z Regulaminem świadczeń assistence medycznego nr 2 (załącznik nr 2 do OWU)

Pakiet ubezpieczenia	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
<b>ProviŻyj Zdrowo</b>	Śmierć	12 000 zł
	Diagnoza nowotworu złośliwego	typ I: 15 000 zł typ II: 1 500 zł
	Diagnoza nowotworu przedinwazyjnego	1 500 zł
	Poważne zachorowanie	8 000 zł
	Zdarzenia medyczne uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistence medycznego	zgodnie z Regulaminem świadczeń assistence medycznego nr 2 (załącznik nr 2 do OWU)
	Złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku	grupa I: 800 zł grupa II: 2 400 zł grupa III: 8 000 zł
	Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	72 000 zł
	Pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek	36 000 zł
	Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	6 000 zł
	Zdarzenia medyczne uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistence medycznego	zgodnie z Regulaminem świadczeń assistence medycznego nr 1 (załącznik nr 1 do OWU)
<b>ProviŻyj Zdrowo Plus</b>	Śmierć	12 000 zł
	Diagnoza nowotworu złośliwego	typ I: 15 000 zł typ II: 1 500 zł
	Diagnoza nowotworu przedinwazyjnego	1 500 zł
	Poważne zachorowanie	8 000 zł
	Zdarzenia medyczne uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistence medycznego	zgodnie z Regulaminem świadczeń assistence medycznego 2 (załącznik nr 2 do OWU)
	Złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku	grupa I: 800 zł grupa II: 2 400 zł grupa III: 8 000 zł
	Złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku osoby bliskiej	grupa I: 800 zł grupa II: 2 400 zł grupa III: 8 000 zł
	Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	72 000 zł
	Pobyt w szpitalu osoby bliskiej w wyniku nieszczęśliwego wypadku	72 000 zł

Pakiet ubezpieczenia	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
<b>ProviŻyj Zdrowo Plus</b>	Pobyty w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek	36 000 zł
	Pobyty w szpitalu osoby bliskiej z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek	36 000 zł
	Pobyty na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	6 000 zł
	Pobyty osoby bliskiej na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	6 000 zł
	Zdarzenia medyczne uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego	zgodnie z Regulaminem świadczeń assistance medycznego nr 1 (załącznik nr 1 do OWU)
	Zdarzenia medyczne osoby bliskiej uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego	zgodnie z Regulaminem świadczeń assistance medycznego nr 1 (załącznik nr 1 do OWU)

37. Sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek, pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT), złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, usług medycznych ustalamy na 12-miesięczne okresy udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Ulegają one zmniejszeniu o kwoty wypłaconych odszkodowań lub spełnionych świadczeń z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, dla których zostały ustalone.
38. Sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek, pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT), złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, usług medycznych ulegają odnowieniu po upływie 12-miesięcznych okresów, dla których zostały ustalone, pod warunkiem dalszego świadczenia przez nas ochrony.
39. Limity świadczeń assistance medycznego wskazaliśmy w załącznikach nr 1 i 2 do OWU.

### **Jakie świadczenia przysługują z umowy ubezpieczenia?**

40. W razie Twojej śmierci UNIQA TUŃŻ S.A. wypłaci uposażonym jednorazowe świadczenie w kwocie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci.
41. W razie Twojego poważnego zachorowania UNIQA TUŃŻ S.A. wypłaci Ci jednorazowe świadczenie w kwocie sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania.
42. W razie Twojej diagnozy nowotworu przedinwazyjnego UNIQA TUŃŻ S.A. wypłaci Ci jednorazowe świadczenie w kwocie sumy ubezpieczenia obowiązującej dla danego typu nowotworu przedinwazyjnego.
43. W razie Twojej diagnozy nowotworu złośliwego UNIQA TUŃŻ S.A. wypłaci Ci jednorazowe świadczenie w kwocie sumy ubezpieczenia obowiązującej dla danego typu nowotworu złośliwego.
44. W przypadku Twojego pobytu w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek lub pobytu osoby bliskiej w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek UNIQA TU S.A. wypłaci Ci świadczenie w kwocie równej 200 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z wyłączeniem dwóch pierwszych dni, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.
45. W przypadku Twojego pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub pobytu osoby bliskiej w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku UNIQA TU S.A. wypłaci Ci świadczenie

w kwocie równej 400 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z wyłączeniem dwóch pierwszych dni, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.

46. W przypadku pobytu w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek albo pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku świadczenie wypłacimy po zakończeniu pobytu w szpitalu. Jeśli pobyt w szpitalu ubezpieczonego trwa dłużej niż 30 dni, na Twój wniosek wypłacimy świadczenie przed zakończeniem tego pobytu. Jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany został więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną, UNIQA TU S.A. wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
47. Świadczenia pobytu w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek albo pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie sumują się – UNIQA TU S.A. wypłaci tylko świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek albo świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
48. W przypadku Twojego pobytu na OIOM/OIT lub pobytu osoby bliskiej na OIOM/OIT UNIQA TU S.A. wypłaci Ci świadczenie w kwocie równej 200 zł za każdy dzień pobytu na OIOM/OIT maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.
49. Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM/OIT wypłacimy niezależnie od świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek albo pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
50. W przypadku Twojego złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub złamania kości osoby bliskiej w wyniku nieszczęśliwego wypadku UNIQA TU S.A. wypłaci świadczenie Tobie lub ubezpieczonemu – w wysokości sumy ubezpieczenia przewidzianej dla danej grupy złamań, zgodnie z poniższą tabelą obowiązującą w dniu nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną złamania kości:

<b>Złamania – grupa I</b>
pozostałe złamania kości niesklasyfikowane w grupie złamań II oraz III
<b>Złamania – grupa II</b>
kości piętowej
kości podudzia
kości ramiennej lub przedramienia
kości rzepek
<b>Złamania – grupa III</b>
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 (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nadkrętarzowe) oraz kości talerza biodrowego
kości kręgosłupa (wyłącznie kompresyjne złamania kręgu), z wyjątkiem wyrostków kolczystych i poprzecznych
kości udowej

#### **PRZYKŁAD**

Jeśli zgłosisz roszczenie z tytułu złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku z grupy III, a my wypłacimy świadczenie, to wyczerpie to sumę ubezpieczenia z tej grupy złamań.

51. W przypadku świadczeń assistance medycznego dla Ciebie lub dla osoby bliskiej zobowiązujemy się do świadczenia usług Tobie lub osobie bliskiej. Jeśli zajdzie zdarzenie medyczne uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego, zobowiązujemy się do zorganizowania

lub zorganizowania i pokrycia kosztów świadczeń assistance medycznego. Wszystkie szczegóły dotyczące świadczeń assistance medycznego znajdziesz w odpowiednim Regulaminie świadczeń assistance medycznego.

### **Co zrobić, aby otrzymać świadczenie**

52. Aby otrzymać świadczenie 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](http://uniqa.pl).
53. Wypełnienie wniosku o wypłatę świadczenia oraz dostarczanie dokumentacji medycznej może odbyć się przez stronę [www.uniqa.pl](http://www.uniqa.pl).
54. Dokumenty można przekazać nam przez stronę [uniqa.pl](http://uniqa.pl), e-mailowo lub listownie na adres wskazany na końcu OWU.
55. Możemy prosić o dodatkowe dokumenty, jeśli będzie to niezbędne do podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.
56. Świadczenia wypłacone z umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu na podstawie przepisów regulujących opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązujących w chwili wypłaty świadczenia.
57. Aby otrzymać świadczenie w zakresie assistance medycznego, należy postępować zgodnie z załącznikami nr 1 i 2 do OWU.

### **Jak długo czeka się na wypłatę**

58. 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.
59. 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 uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
60. Świadczenie realizujemy przelewem. Dopuszczamy także formę przekazu pocztowego – w przypadku wypłat dokonywanych przez UNIQA TUnŻ S.A. do kwoty 3000 zł lub wszystkich dokonywanych przez UNIQA TU S.A.

## **UPOSAŻONY**

### **Kiedy ubezpieczony może wskazać uposażonego**

61. Ubezpieczony ma prawo do wskazania jednej lub więcej osób uposażonych do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia z tytułu jego śmierci.
62. Ty jako ubezpieczony możesz wskazać uposażonego w trakcie składania wniosku o wypłatę świadczenia lub w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia.
63. Jeśli ubezpieczony wskaże więcej niż jedną osobę uposażoną, będzie mógł określić procentowy udział w świadczeniu dla każdej ze wskazanych osób. Udziały procentowe muszą sumować się do 100%.
64. Uposażony nabywa prawo do świadczenia z chwilą śmierci ubezpieczonego.

### **Kiedy ubezpieczony może zmienić uposażonego**

65. W dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczony może zmienić uposażonego.
66. Zmianę uposażonego można zgłosić, wysyłając pisemną dyspozycję do nas.

## WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

### W jakich sytuacjach odmawiamy wypłaty świadczenia

67. UNIQA TUnŻ S.A. nie wypłaci świadczenia z tytułu śmierci, która jest wynikiem:
  - 1) 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;
  - 2) samobójstwa popełnionego przez ubezpieczonego w okresie jednego roku, liczonego od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
  - 3) samookaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, lub próby popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczonego;
  - 4) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
  - 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.
68. UNIQA TUnŻ S.A. nie wypłaci Ci świadczenia, jeśli poważne zachorowanie było rozpoznane przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.
69. UNIQA TUnŻ S.A. nie wypłaci Ci świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, które jest wynikiem:
  - 1) samookaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, lub próby popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczonego;
  - 2) choroby AIDS lub zakażenia ubezpieczonego wirusem HIV;
  - 3) zespołu uzależnienia ubezpieczonego od alkoholu, choroby alkoholowej;
  - 4) zażycia przez ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
  - 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;
70. UNIQA TUnŻ S.A. nie wypłaci świadczenia z tytułu diagnozy nowotworu przedinwazyjnego:
  - 1) który rozpoznano lub leczono w okresie 24 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
  - 2) jeżeli w okresie 24 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczony został skierowany na testy lub badania albo oczekuje na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed tą datą, na mocy których zdiagnozowany jest nowotwór przedinwazyjny albo które wiążą się z koniecznością dalszej diagnostyki w kierunku wystąpienia nowotworu przedinwazyjnego, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
  - 3) po śmierci ubezpieczonego, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.
71. UNIQA TUnŻ S.A. nie wypłaci Ci świadczenia, jeżeli nowotwór przedinwazyjny jest następstwem:
  - 1) zmian, które ubezpieczony miał w okresie 24 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia i które zostały zdefiniowane pod względem histopatologicznym lub zdiagnozowane jako przednowotworowe, będących przyczyną wystąpienia nowotworu przedinwazyjnego



- w ciągu 12 pierwszych miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
- 2) samookaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, lub próby popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczonego;
  - 3) choroby AIDS lub zakażenia ubezpieczonego wirusem HIV;
  - 4) zespołu uzależnienia ubezpieczonego od alkoholu, choroby alkoholowej;
  - 5) zażycia przez ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
  - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
  - 7) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
72. UNIQA TUnŻ S.A. nie wypłaci Ci świadczenia z tytułu diagnozy nowotworu przedinwazyjnego w razie wystąpienia następujących stanów chorobowych:
- 1) dysplazji oraz wszelkich zmian przednowotworowych;
  - 2) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
73. Świadczenie nie zostanie wypłacone w związku z rozpoznaniem nowotworu złośliwego:
- 1) który rozpoznano lub leczono w okresie 24 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
  - 2) jeżeli w okresie 24 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczony został skierowany na testy lub badania albo oczekuje na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed tą datą, na mocy których zdiagnozowany jest nowotwór złośliwy albo które wiążą się z koniecznością dalszej diagnostyki w kierunku wystąpienia nowotworu złośliwego, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
  - 3) po śmierci ubezpieczonego, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.
74. UNIQA TUnŻ S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nowotwór złośliwy jest następstwem:
- 1) zmian, które ubezpieczony miał w okresie 24 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia i które zostały zdefiniowane pod względem histopatologicznym lub zdiagnozowane jako przednowotworowe, będących przyczyną wystąpienia nowotworu złośliwego w ciągu 12 pierwszych miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
  - 2) samookaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, lub próby popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczonego;
  - 3) choroby AIDS lub zakażenia ubezpieczonego wirusem HIV;
  - 4) zespołu uzależnienia ubezpieczonego od alkoholu, choroby alkoholowej;
  - 5) zażycia przez ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
  - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
  - 7) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;

75. UNIQA TUnŽ S.A. nie ponosi odpowiedzialności z tytułu diagnozy nowotworu złośliwego w razie wystąpienia następujących stanów chorobowych:
- 1) nowotworu przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji oraz wszelkich zmian przednowotworowych;
  - 2) wszelkich nowotworów współistniejących z HIV.
76. UNIQA TU S.A. nie wypłaci świadczenia, jeśli pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego lub osoby bliskiej w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach terroryzmu, przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 2) samookaleczenia ubezpieczonego lub osoby bliskiej lub okaleczenia na ich prośbę, lub próby popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczonego lub osoby bliskiej;
  - 3) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
  - 4) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
77. UNIQA TU S.A. nie wypłaci świadczenia z tytułu złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który jest wynikiem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego lub osoby bliskiej w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że ich udział w aktach terroryzmu, przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 2) spożycia przez ubezpieczonego lub osobę bliską alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia od 0,2‰ alkoholu w krwi albo do obecności od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup> wydychanego powietrza;
  - 3) zażycia przez ubezpieczonego lub osobę bliską 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;
  - 4) poddania się przez ubezpieczonego lub osobę bliską zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
  - 5) usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego lub osobę bliską, popełnienia przez ubezpieczonego lub osobę bliską czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
  - 6) udziału ubezpieczonego lub osoby bliskiej 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;
  - 7) prowadzenia przez ubezpieczonego lub osobę bliską pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli ubezpieczony lub osoba bliska nie posiadali odpowiednich uprawnień do kierowania takim pojazdem lub czasowo lub na stałe zostały im zatrzymane dokumenty potwierdzające te uprawnienia, lub nie posiadali odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;

- 8) 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;
  - 9) złamania patologicznego, tzn. złamania powstałego wskutek istniejących wcześniej stanów chorobowych kości, oraz złamania podokostnowego (tzw. pęknięcia kości), oraz z tytułu złamania kości, które jest skutkiem chorób zdiagnozowanych lub niepełnosprawności ubezpieczonego zdiagnozowanych lub leczonych przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu 24 pierwszych miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
  - 10) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
  - 11) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
78. W przypadku złamań kości prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku doszło do amputacji kończyny lub jej części i nie doszło do złamania.

### **Szczególne środki ograniczające**

79. Umowę ubezpieczenia możemy zawrzeć pod warunkiem, że nie znajdujesz się na żadnej liście sankcyjnej, tj. liście:
- 1) osób objętych sankcjami gospodarczymi, handlowymi, finansowymi, embargiem, lub
  - 2) terrorystów, lub
  - 3) osób podejrzanych o terroryzm, lub
  - 4) członków organizacji terrorystycznych,
- wydanej przez wskazane podmioty:
- 1) Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ),
  - 2) Unię Europejską (UE),
  - 3) Stany Zjednoczone Ameryki Północnej,
  - 4) inne państwa i organizacje międzynarodowe.
80. Jeśli ustalimy, że znajdujesz się na jakiegokolwiek liście sankcyjnej, o której mowa w pkt 80, 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 wystawienia dokumentu ubezpieczenia.
81. Jeśli w czasie trwania umowy ubezpieczenia okaże się, że zostałeś 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.

## **REKLAMACJE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW, PRAWO WŁAŚCIWE**

### **W jakim trybie można składać reklamacje, skargi i zażalenia**

82. 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.
83. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące świad-

czonych 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.

84. 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.
85. Reklamacje można składać nam w następujący sposób:
  - 1) na piśmie:
    - a) przesyłką pocztową na adres naszej siedziby: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. lub UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa,
    - b) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub naszej siedzibie,
    - c) na adres doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (adres to: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.: AE:PL-71235-46013-CSHSF-26, UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.: AE:PL-75623-64271-BRDJV-27);
  - 2) elektronicznie poprzez formularz na stronie [uniqa.pl/reklamacje](http://uniqa.pl/reklamacje);
  - 3) ustnie:
    - a) dzwoniąc pod numer naszej infolinii: +48 22 599 95 22, lub
    - b) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie.
86. 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.
87. Odpowiedzi na reklamację udzielimy bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
88. 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.
89. 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.
90. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
91. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
92. 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. / UNIQA TUnŻ 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](http://www.rf.gov.pl)).

93. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami powyżej, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażeń wnieszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia punktów 85–88 oraz 92, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażenia 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**

94. 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.
95. 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.
96. W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy stosuje się przepisy prawa polskiego.

## **SŁOWNIK POJĘĆ**

### **Co rozumiemy pod poszczególnymi pojęciami**

97. 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) **Centrum Alarmowe Towarzystwa** – podmiot działający w imieniu i na rzecz UNIQA TU S.A., zajmujący się zleconymi czynnościami ubezpieczeniowymi w ramach likwidacji szkód, a w szczególności organizacją świadczeń medycznych, przyjmujący zgłoszenia pod numerem telefonu +48 22 564 06 45;
  - 4) **choroba onkologiczna** – nowotwór przedinwazyjny lub nowotwór złośliwy;
  - 5) **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;
  - 6) **choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentyzę, przy czym rozpoznanie może być utrwalone także w formie akronimu albo pod postacią kodu ICD-10;
  - 7) **druga opinia medyczna** – pisemna opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia, sporządzona przez eksperta medycznego;
  - 8) **dziecko** – w zakresie Pakietu ProviZdrowie Plus albo ProviŻyż Zdrowo Plus: dziecko własne lub przysposobione ubezpieczonego wskazane we wnioskopolisie, które w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyło 1. rok życia oraz nie ukończyło 18. roku życia;
  - 9) **dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień, w którym rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez UNIQA TU S.A. lub UNIQA TU nŻ S.A. w zależności od wybranego przez ubezpieczającego we wnioskopolisie pakietu ubezpieczenia; ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż dnia następnego po zapłacie składki, z zastrzeżeniem że:
    - a) z tytułu pobytu w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek oraz zdarzeń medycznych rozpoczyna się po upływie 14 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia,

- b) z tytułu poważnego zachorowania, diagnozy nowotworu przedinwazyjnego, diagnozy nowotworu złośliwego oraz drugiej opinii medycznej rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 10) **dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych rodzajów ryzyka:
    - a) pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek – pierwszy dzień pobytu w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek,
    - b) pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
    - c) pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT) – pierwszy dzień pobytu na oddziale intensywnej opieki medycznej,
    - d) złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dzień złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
    - e) zdarzenie medyczne – dzień nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania, zachorowania na chorobę onkologiczną, przejścia zawału, udaru,
    - f) śmierć – dzień zgonu,
    - g) poważne zachorowanie – dzień zdiagnozowania choroby po przeprowadzonym badaniu lub dzień przeprowadzenia operacji ubezpieczonego,
    - h) diagnoza nowotworu przedinwazyjnego lub diagnoza nowotworu złośliwego – odpowiednio dzień zdiagnozowania nowotworu przedinwazyjnego lub dzień zdiagnozowania nowotworu złośliwego;
  - 11) **dzień zawarcia umowy ubezpieczenia** – dzień podpisania przez Ciebie oraz naszego przedstawiciela wniosku;
  - 12) **ekspert medyczny** – lekarz, wyznaczony przez partnera medycznego do współpracy w celu sporządzenia drugiej opinii medycznej, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia Twojego albo osoby bliskiej;
  - 13) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
  - 14) **katastrofy naturalne** – trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne;
  - 15) **klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, posiadająca obywatelstwo polskie;
  - 16) **lek** – gotowy lek w rozumieniu przepisów prawa farmaceutycznego, którego zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty;
  - 17) **lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa** – osoba wskazana przez Centrum Alarmowe Towarzystwa i uprawniona do występowania w imieniu Towarzystwa oraz uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem;
  - 18) **lekarz partnera medycznego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez partnera medycznego i uprawniona do występowania w jego imieniu;
  - 19) **lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego lub osoby bliskiej, niebędący członkiem rodziny ani lekarzem Centrum Alarmowego Towarzystwa;
  - 20) **nagle zachorowanie** – powstała w sposób nagły choroba, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia, powodująca konieczność udzielenia Tobie lub osobie bliskiej natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagająca interwencji pogotowia ratunkowego;
  - 21) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Twojego lub osoby bliskiej, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia i spowodowało fizyczne obrażenia ciała Twojego lub osoby bliskiej, 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 przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Twojego lub osoby bliskiej; na potrzeby zdarzeń medycznych jest to dodatkowo zdarzenie skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej, jednak niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;

- 22) **nowotwór przedinwazyjny** – wystąpienie u Ciebie choroby, wymienionej w załączniku nr 3 do OWU, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie ubezpieczenia; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- a) dysplazji ani żadnych zmian przedrakowych,
  - b) żadnych nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 23) **nowotwór złośliwy** – nowotwór złośliwy typu I albo nowotwór złośliwy typu II – wystąpienie u Ciebie choroby wymienionej w załączniku nr 2 do tych OWU, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie ubezpieczenia; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- a) nowotworów przedinwazyjnych (carcinoma in situ), dysplazji ani żadnych zmian przedrakowych,
  - b) żadnych nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 24) **oddział intensywnej opieki medycznej / oddział intensywnej terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się w Polsce, wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; w rozumieniu tych OWU za OIOM/OIT uznaje się również oddział intensywnej opieki kardiologicznej (OIOK) oraz oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego (OINK) rozumiany jako wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych; w rozumieniu tych OWU za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytuty); pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala bądź poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego; w rozumieniu OWU za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej ani sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiologicznych;
- 25) **okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawieramy z Tobą umowę ubezpieczenia:
- a) jeśli płacisz składkę za pośrednictwem agenta: jest to okres 12, 18 lub 24 miesięcy – w zależności od Twojego wyboru – rozpoczynający się w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową,
  - b) jeśli płacisz składkę przelewem bezpośrednim na nasz rachunek: jest to okres 12 miesięcy rozpoczynający się w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- okres ten jest wskazany we wnioskopolisie;
- 26) **osoba bliska** – w zakresie pakietów ProviZdrowie Plus i ProviŻyż Zdrowo Plus wskazany przez Ciebie we wnioskopolisie jeden członek rodziny, który w dniu podpisania wnioskopolisy ma ukończone 18 lat i nieukończone 75 lat, którym może być: rodzic, małżonek, partner ubezpieczonego albo dziecko ubezpieczonego, które w dniu podpisywania wnioskopolisy ma ukończony 1. rok życia i nieukończone 18 lat;
- 27) **pakiet ubezpieczenia** – wersja umowy ubezpieczenia, którą możesz wybrać:
- a) ProviŻycie,
  - b) ProviŻycie Premium,
  - c) ProviZdrowie,
  - d) ProviZdrowie Plus – poza ubezpieczonym ochroną jest objęta także osoba bliska,

- e) ProviŻyj Zdrowo,
- f) ProviŻyj Zdrowo Plus – poza ubezpieczonym ochroną jest objęta także osoba bliska;
- 28) **partner** – osoba pozostająca z Tobą w związku pozamałżeńskim i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Tobą w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia; osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera pod warunkiem, że zarówno Ty, jak i ta osoba nie pozostajecie w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- 29) **partner medyczny** – podmiot współpracujący w zakresie drugiej opinii medycznej z Centrum Alarmowym Towarzystwa;
- 30) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 31) **pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek** – potwierdzony dokumentacją medyczną Twój lub osoby bliskiej całodobowy pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, spowodowany inną przyczyną niż nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu tych OWU; okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ciebie lub osoby bliskiej do szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze szpitala;
- 32) **pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną Twój lub osoby bliskiej pobyt w szpitalu, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, którego celem jest leczenie obrażeń ciała doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku; okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ciebie lub osoby bliskiej do szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze szpitala;
- 33) **poważne zachorowanie** – jedna ze zdefiniowanych chorób lub operacji:
- a) angioplastyka wieńcowa – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przeszskórnej 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;
  - b) anemia aplastyczna – wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
    - i. przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
    - ii. leczenie lekami immunosupresyjnymi,
    - iii. leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
    - iv. przeszczepianie szpiku kostnego;rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
  - c) choroba Alzheimera – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających;
  - d) guzy śródczaszkowe – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub



- w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
- e) niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
  - f) oparzenia – głębokie termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
    - i. nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
    - ii. nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
    - iii. 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;
  - g) operacja aorty – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty; aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
  - h) pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; pojęcie to i 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;
  - i) schyłkowa niewydolność wątroby (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby) – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
    - i. wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
    - ii. trwałą żółtaczkę,
    - iii. żylaki przełyku,
    - iv. encefalopatię wrotną;pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków;
  - j) stwardnienie rozsiane – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
  - k) śpiączka – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających;
  - l) udar mózgu – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- i. wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
  - ii. obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres minimum 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
  - iii. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);
- pojęcie to i zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:
- i. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
  - ii. zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
  - iii. wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
  - iv. jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych;
- m) utrata kończyn – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji pojęcie to i zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- i. w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
  - ii. w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich,
- n) utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- o) utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obuustronna utrata słuchu spowodowana zachowaniem lub urazem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- p) utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachowaniem lub urazem; rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- q) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzonego przez specjalistę neurologa, a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;
- r) 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:
- i. typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,

- ii. 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;  
pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 34) **Regulamin świadczeń assistance medycznego nr 1** – regulamin stanowiący załącznik nr 1 do tych OWU, dotyczy pakietów ProviZdrowie, ProviZdrowie Plus, ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus;
- 35) **Regulamin świadczeń assistance medycznego nr 2** – regulamin stanowiący załącznik nr 2 do tych OWU, dotyczy pakietów: ProviŻycie, ProviŻycie Plus, ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus;
- 36) **siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Towarzystwo lub uniemożliwia ubezpieczonemu lub osobie bliskiej zgłoszenie Towarzystwu zdarzenia medycznego;
- 37) **składka** – kwota, do której zapłaty jesteś zobowiązany, należna:
- a) UNIQA TUnŽ S.A. z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyk:
- i. diagnoza nowotworu przedinwazyjnego,
  - ii. diagnoza nowotworu złośliwego,
  - iii. śmierć,
  - iv. poważne zachorowanie,
  - v. zdarzenie medyczne, które uprawnia do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 2,
  - vi. zorganizowanie i pokrycie kosztów drugiej opinii medycznej oraz pomoc w planowaniu lub organizacji leczenia zgodnie z załącznikiem nr 2,
- b) UNIQA TU S.A. z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyk:
- i. pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek,
  - ii. pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - iii. pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
  - iv. złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - v. zdarzenie medyczne, które uprawnia do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1;
- 38) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Tobie lub osobie bliskiej samodzielne funkcjonowanie;
- 39) **suma ubezpieczenia** – górna granica naszej odpowiedzialności z tytułu wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 40) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka, w tym szpitala, sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego ani oddziału i ośrodka rehabilitacji, ani ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic;
- 41) **Towarzystwo** lub **Towarzystwa** – UNIQA TUnŽ S.A. lub UNIQA TU S.A. z siedzibami w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51;

- 42) **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;
- 43) **ubezpieczający** – klient, który zawarł umowę ubezpieczenia;
- 44) **ubezpieczony** – klient objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, będący jednocześnie ubezpieczającym;
- 45) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 46) **uposażony** – osoba wskazana przez Ciebie jako osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Twojej śmierci; wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli zmarł on iz jej osoby w następującej kolejności:
- a) małżonek – w całości, a w razie jego braku
  - b) dzieci – w równych częściach w przypadku braku małżonka, a w razie ich braku
  - c) rodzice – w równych częściach w przypadku braku małżonka i dzieci, a w razie ich braku
  - d) rodzeństwo – w równych częściach, w przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców, a w razie jego braku
  - e) spadkobiercy – w częściach, w jakich dziedziczą po ubezpieczonym, w przypadku braku małżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa;
- 47) **uprawniony przedstawiciel agenta** – osoba wykonująca czynności agencyjne na rzecz agenta;
- 48) **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 potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 49) **zdarzenie medyczne:**
- a) nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie, mające miejsce w okresie ubezpieczenia, uprawniające do skorzystania ze świadczeń assistance medycznego zgodnie z załącznikiem nr 1 – Regulamin świadczeń assistance medycznego nr 1,
  - b) choroba onkologiczna, zawał, udar, uprawniające do skorzystania ze świadczeń medycznych zgodnie z załącznikiem nr 2 – Regulamin świadczeń assistance medycznego nr 2;
- 50) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia:
- a) pobyt w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek,
  - b) pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - c) pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
  - d) złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - e) śmierć,
  - f) poważne zachorowanie,
  - g) diagnoza nowotworu przedinwazyjnego lub diagnoza nowotworu złośliwego,
  - h) zdarzenie medyczne.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

98. W sprawach, których nie regulują OWU oraz umowa ubezpieczenia, stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
99. OWU zostały zatwierdzone uchwałami Zarządu UNIQA TU S.A. oraz Zarządu UNIQA TU<sup>Ź</sup> S.A. z 17 września 2024 roku.

## **DANE KONTAKTOWE**

- napisz na adres: [umowy.ubezpieczenia@uniqa.pl](mailto: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 ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia**

- prześlij nam pisemne oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub o jej wypowiedzeniu:
  - możesz napisać na adres:  
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczenia S.A. / UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.  
ul. Chłodna 51  
00-867 Warszawa  
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie
  - lub wysłać oświadczenie e-mailem na adres: [ubezpieczenia.ba@uniqa.pl](mailto:ubezpieczenia.ba@uniqa.pl)
- możesz też złożyć oświadczenie, korzystając z formularza dostępnego na naszej stronie [uniqa.pl](http://uniqa.pl)

## **Chcesz zgłosić roszczenie**

- wniosek roszczeniowy dostępny jest na stronie [uniqa.pl](http://uniqa.pl)
- napisz na adres:  
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. / UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.  
ul. Chłodna 51  
00-867 Warszawa  
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie
- wyślij zgłoszenie e-mailem na adres: [wypłaty.naskan@uniqa.pl](mailto:wypłaty.naskan@uniqa.pl)

## **Zgłoszenie reklamacji**

- ustnie – telefonicznie pod numer telefonu +48 22 599 95 22 albo osobiście podczas wizyty w naszej jednostce obsługującej klientów
- elektronicznie poprzez formularz na stronie [uniqa.pl/reklamacje](http://uniqa.pl/reklamacje)
- na piśmie – osobiście w jednostce obsługującej klientów, w tym w jednostce pod adresem: UNIQA TU S.A., / UNIQA TUnŻ S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo przesyłką pocztową na adres:

UNIQA TU S.A. / UNIQA TUnŻ S.A.  
ul. Chłodna 51  
00-867 Warszawa

Lub na adres doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (adres to: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.: AE:PL-71235-46013-CSHSF-26, UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.: AE:PL-75623-64271-BRDJV-27);

# **Załącznik nr 1 do OWU – Regulamin świadczeń assistance medycznego nr 1 (dotyczy pakietów: ProviZdrowie, ProviZdrowie Plus, ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus)**

## **Zakres świadczeń assistance medycznego**

### **§ 1**

1. Ubezpieczonemu lub osobie bliskiej przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń assistance medycznego na warunkach i zasadach określonych w niniejszym regulaminie (dalej zwanym Regulaminem nr 1) oraz OWU.
2. W razie zajścia zdarzenia medycznego UNIQA TU S.A. za pośrednictwem Centrum Alarmowego Towarzystwa zorganizuje świadczenia assistance medycznego albo je zorganizuje i pokryje ich koszty na zasadach określonych w § 3–5 Regulaminu nr 1.
3. W treści Regulaminu nr 1 przez 'Towarzystwo' rozumie się UNIQA TU S.A.

## **Świadczenia assistance medycznego – zasady ogólne**

### **§ 2**

1. Na wniosek ubezpieczonego lub osoby bliskiej, w razie wystąpienia zdarzenia medycznego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje następujące świadczenia assistance albo je zorganizuje i pokryje ich koszty zgodnie z opisem danej usługi zawartym w § 3 Regulaminu nr 1:
  - 1) Dostarczenie leków;
  - 2) Refundacja leków;
  - 3) Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu;
  - 4) Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego;
  - 5) Transport do placówki medycznej;
  - 6) Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania;
  - 7) Transport pomiędzy placówkami medycznymi;
  - 8) Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu;
  - 9) Domowa diagnostyka (opieka medyczna i usługi z zakresu diagnostyki laboratoryjnej z dojazdem do ubezpieczonego lub osoby bliskiej).
2. Świadczeniami assistance medycznego objęte są wyłącznie zdarzenia medyczne zaistniałe w Polsce, a wszystkie świadczenia w ramach umowy ubezpieczenia wypełniane są w Polsce.
3. Towarzystwo spełnia świadczenie assistance do wysokości limitów świadczeń lub limitu zdarzeń określonych w Regulaminie nr 1. Spełnienie każdego świadczenia powoduje zmniejszenie limitu świadczeń.

## **Świadczenia assistance medycznego – opis świadczeń**

### **§ 3**

1. **Dostarczenie leków:**
  - 1) jeżeli w następstwie zdarzenia medycznego ubezpieczony lub osoba bliska, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, nie może opuszczać miejsca pobytu, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do miejsca pobytu ubezpieczonego lub osoby bliskiej leków przepisanych przez lekarza prowadzącego; warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego Towarzystwa recepty niezbędnej do wykupienia leków;
  - 2) danemu ubezpieczonemu lub osobie bliskiej przysługują wyłącznie dwa świadczenia dostarczenia leków w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

## **2. Refundacja leków:**

- 1) przy organizacji przez Towarzystwo świadczenia „Dostarczenie leków”, o którym mowa w ust. 1, Towarzystwo pokrywa również koszty dostarczonych leków do kwoty 300 zł; powyżej tej kwoty koszt nabycia leków pokrywa odpowiednio ubezpieczony lub osoba bliska; refundacja leków dotyczy tylko leków z recepty;
- 2) danemu ubezpieczonemu lub osobie bliskiej przysługują wyłącznie dwa świadczenia refundacji leków, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

## **3. Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu:**

- 1) jeżeli w następstwie zdarzenia medycznego ubezpieczony lub osoba bliska wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego – Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu ubezpieczonego lub osoby bliskiej, z wyjątkiem przypadku gdy miejscem pobytu jest placówka medyczna;
- 2) danemu ubezpieczonemu lub osobie bliskiej przysługują cztery świadczenia wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia;
- 3) Towarzystwo pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu ubezpieczonego lub osoby bliskiej, której czas trwania nie przekracza trzech godzin.

## **4. Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego:**

- 1) jeżeli w następstwie zdarzenia medycznego ubezpieczony lub osoba bliska – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego – powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszt wypożyczenia albo zakupu oraz transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu ubezpieczonego lub osoby bliskiej, z wyjątkiem przypadku gdy miejscem pobytu jest placówka medyczna;
- 2) Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia, wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty 1000 zł;
- 3) danemu ubezpieczonemu lub osobie bliskiej przysługuje wyłącznie jedno świadczenie „Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego”, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

## **5. Transport do placówki medycznej:**

- 1) jeżeli w następstwie zdarzenia medycznego wymagany jest pobyt ubezpieczonego lub osoby bliskiej w placówce medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje transport i pokryje koszty transportu ubezpieczonego lub osoby bliskiej z miejsca ich pobytu do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego;
- 2) danemu ubezpieczonemu lub osobie bliskiej przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu do placówki medycznej, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

## **6. Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania:**

- 1) jeżeli ubezpieczony lub osoba bliska zakończyli pobyt w placówce medycznej, w której przebywali w następstwie zdarzenia medycznego, i zawnioskują o transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu ubezpieczonego lub osoby bliskiej wraz z osobą wskazaną przez ubezpieczonego lub osobę bliską, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia ubezpieczonego lub osoby bliskiej; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa w porozumieniu z lekarzem prowadzącym;
- 2) danemu ubezpieczonemu lub osobie bliskiej przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu z placówki medycznej do miejsca zamieszkania, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

## 7. Transport pomiędzy placówkami medycznymi:

- 1) jeżeli w następstwie zdarzenia medycznego ubezpieczony lub osoba bliska znaleźli się w placówce medycznej, która nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia ubezpieczonego lub osoby bliskiej lub gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, wskazanej przez lekarza prowadzącego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty transportu ubezpieczonego lub osoby bliskiej; świadczenie realizowane jest na piśmie zalecenie lekarza prowadzącego; w przypadku gdy ubezpieczony lub osoba bliska są jedynie skierowani na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny do innej placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do placówki medycznej, w której ubezpieczony lub osoba bliska są leczeni;
- 2) danemu ubezpieczonemu lub osobie bliskiej przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu pomiędzy placówkami medycznymi, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

## 8. Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu:

- 1) jeżeli w następstwie zdarzenia medycznego ubezpieczony lub osoba bliska wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu swojego pobytu (poza placówką medyczną) – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego – Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia ubezpieczonemu lub osobie bliskiej opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w miejscu pobytu ubezpieczonego; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych ani innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa ubezpieczony lub osoba bliska;
- 2) danemu ubezpieczonemu lub osobie bliskiej przysługują wyłącznie dwa świadczenia wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

## 9. Domowa diagnostyka (opieka medyczna i usługi z zakresu diagnostyki laboratoryjnej z dojazdem do ubezpieczonego lub osoby bliskiej):

- 1) jeżeli w następstwie zdarzenia medycznego ubezpieczony lub osoba bliska wymagają przeprowadzenia badania z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty przeprowadzenia takiego badania w miejscu pobytu ubezpieczonego lub osoby bliskiej;

Diagnostyka laboratoryjna		
mocz – badanie ogólne	lipidogram	ferrytyna
OB	próby wątrobowe	wapń całkowity
morfologia	amylaza	fosfor nieorganiczny
APTT	mocznik	magnez
PT	TSH	CRP ilościowo
fibrynogen	kreatynina	HBs przeciwciała
glukoza	kwask moczowy	IgE całkowite
elektrolyty (sód i potas)	proteinogram	markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21

- 2) badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie asystancje medycznej, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego lub osoby bliskiej, w związku z wystąpieniem zdarzenia medycznego;



- 3) danemu ubezpieczonemu lub osobie bliskiej przysługują wyłącznie dwa świadczenia z zakresu domowej diagnostyki, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

## **Świadczenia assistance medycznego – wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa**

### **§ 4**

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie medyczne jest następstwem:
  - 1) umyślnego działania ubezpieczonego lub osoby bliskiej;
  - 2) popełnienia przez ubezpieczonego lub osobę bliską przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
  - 3) umyślnego samookaleczenia ubezpieczonego lub osoby bliskiej, samobójstwa ubezpieczonego lub osoby bliskiej lub jego usiłowania;
  - 4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
  - 5) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
  - 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
  - 7) wad wrodzonych;
  - 8) zakażenia wirusem HIV, w okolicznościach innych niż wskazane w OWU;
  - 9) nieprzestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego;
  - 10) katastrof naturalnych;
  - 11) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
  - 12) spożycia alkoholu, zażycia środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezacornowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia, jeżeli było ono spowodowane:
  - 1) działaniem siły wyższej lub katastrofą naturalną;
  - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, skutkami promieniowania radioaktywnego, epidemią, pandemią, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

## **Świadczenia assistance medycznego – obowiązki ubezpieczonego i osoby bliskiej**

### **§ 5**

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia medycznego, przed podjęciem działań we własnym zakresie, ubezpieczony lub osoba bliska są zobowiązani:
  - 1) niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym Towarzystwa, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu +48 22 564 06 45;
  - 2) podać wszystkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń medycznych, a w szczególności:
    - a) PESEL,
    - b) imię i nazwisko ubezpieczonego,
    - c) miejsce zdarzenia,
    - d) miejsce pobytu lub miejsce zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,

- e) telefon kontaktowy,
  - f) rodzaj wymaganej pomocy,
  - g) opis okoliczności zdarzenia medycznego;
- 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Towarzystwa, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe Towarzystwa, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania;
  - 4) zapobiec w miarę możliwości zwiększeniu następstw zdarzenia medycznego.
2. Jeżeli ubezpieczony nie dopełnił z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa któregośkolwiek z obowiązków określonych w ust. 1, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub zakres świadczeń medycznych, Towarzystwo może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

## **Załącznik nr 2 do OWU – Regulamin świadczeń assistance medycznego nr 2 (dotyczy pakietów: ProviŻycie, ProviŻycie Premium, ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus)**

### **Zakres świadczeń assistance medycznego**

#### **§ 1**

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń assistance medycznego na warunkach i zasadach określonych w niniejszym regulaminie (dalej zwanym Regulaminem nr 2) oraz OWU.
2. W razie zajścia zdarzenia medycznego UNIQA TUnŻ S.A. zorganizuje na zasadach ustalonych w § 2 Regulaminu nr 2 świadczenie w postaci opiekuna pacjenta.
3. Jeżeli ubezpieczonemu przysługiwać będzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu diagnozy choroby onkologicznej, Towarzystwo w ramach pakietu ProviŻycie Premium zorganizuje i pokryje koszty drugiej opinii medycznej oraz udzieli pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia, o co ubezpieczony wystąpił w okresie 24 miesięcy od daty uzyskania tego prawa, na zasadach określonych w § 3 i § 4 Regulaminu nr 2.
4. W treści Regulaminu nr 2 przez 'Towarzystwo' rozumie się UNIQA TUnŻ S.A.

### **Opiekun pacjenta**

#### **§ 2**

W przypadku przejścia zawału, udaru lub choroby onkologicznej Towarzystwo zapewni ubezpieczonemu świadczenie w postaci opiekuna pacjenta. W ramach świadczenia opiekun:

- 1) zbiera dokumentację medyczną, przeprowadza wstępną kwalifikację i kompletuje zespół lekarski;
- 2) przeprowadza dodatkowy wywiad (w zależności od zebranych dokumentów – organizowane są dodatkowe konsultacje z ubezpieczonym);
- 3) przygotowuje plan kontroli stanu zdrowia po wypisie szpitalnym;
- 4) opracowuje raport z planem kontroli efektów zastosowanych terapii (ubezpieczony otrzymuje dokument z rekomendacją planu leczenia i rekonwalescencji na najbliższe 6 miesięcy lub 12 miesięcy w przypadku choroby onkologicznej, wraz z wyszczególnioną bazą procedur medycznych, lekarzy, ośrodków, szpitali, w których może kontynuować procedury);
- 5) jest dostępny drogą telefoniczną i mejlową od poniedziałku do piątku (z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) w godzinach 8.00–20.00; liczba kontaktów ubezpieczonego z opiekunem pacjenta jest nieograniczona w okresie od rozpoczęcia realizacji świadczenia do momentu opracowania planu leczenia;
- 6) sporządza plan leczenia, który obejmuje informacje na temat:

- a) ogólnodostępnych możliwości leczenia w ramach systemu NFZ, ze wskazaniem ośrodków, wyspecjalizowanych w danym przypadku z zakresu medycyny właściwego dla przyczyny hospitalizacji pacjenta;
- b) danych prywatnych ośrodków świadczących usługi w Polsce lub za granicą na zlecenie Centrum Alarmowego Towarzystwa, z przekazaniem dodatkowych zaleceń diagnostycznych (o ile istnieją wskazania medyczne).

## **Druga opinia medyczna**

### **§ 3**

1. Jeżeli ubezpieczonemu przysługiwać będzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu diagnozy choroby onkologicznej, Towarzystwo na wniosek ubezpieczonego zorganizuje i pokryje koszty sporządzenia przez eksperta medycznego drugiej opinii medycznej.
2. Organizacja procesu sporządzenia drugiej opinii medycznej polega na podjęciu następujących czynności:
  - 1) udzielenie ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie drugiej opinii medycznej;
  - 2) zapewnienie zlecenia ekspertowi medycznemu wydania drugiej opinii medycznej;
  - 3) udostępnienie drugiej opinii medycznej ubezpieczonemu.
3. W celu uzyskania świadczenia drugiej opinii medycznej ubezpieczony zobowiązany jest do przekazania partnerowi medycznemu Towarzystwa:
  - 1) formularza zgłoszenia niezbędnego do sporządzenia drugiej opinii medycznej, udostępnionego przez Towarzystwo lub partnera medycznego;
  - 2) dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie drugiej opinii medycznej.
4. Treść drugiej opinii medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych przez ubezpieczonego informacji i jest przygotowywana wyłącznie na podstawie dokumentów przekazanych przez ubezpieczonego. Koszty dostarczenia do partnera medycznego dokumentacji medycznej obciążają ubezpieczonego.
5. Jeżeli zgodnie z opinią eksperta medycznego zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej złożonej przez ubezpieczonego, ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji niezbędnej do realizacji świadczenia. W przypadku nowotworów, dla których zdaniem eksperta medycznego wynik badania histopatologicznego jest konieczny do wydania drugiej opinii medycznej, partner medyczny pokryje koszty ponownego badania histopatologicznego tkanek pobranych od ubezpieczonego, pod warunkiem ich dostarczenia przez ubezpieczonego.
6. Lekarz partnera medycznego współpracuje z ubezpieczonym lub jego opiekunem prawnym w celu zgromadzenia pełnej historii choroby oraz dokumentacji medycznej, jak i w celu omówienia wszelkich pytań i zagadnień z nią związanych.
7. Druga opinia medyczna realizowana jest z wykorzystaniem metod komunikacji, które nie obejmują bezpośrednich konsultacji ani żadnych innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy ubezpieczonym a ekspertem medycznym.
8. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i przesłana ubezpieczonemu w terminie 30 dni od daty dostarczenia partnerowi medycznemu dokumentów, o których mowa w ust. 3 i 4. W przypadku gdy sporządzenie drugiej opinii medycznej w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, okaże się niemożliwe, partner medyczny sporządzi drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie będzie możliwe.
9. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu drugiej opinii medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania, z tym że w przypadku zaistnienia zmian w obrazie stanu chorobowego, potwierdzonych nowymi wynikami badań diagnostycznych, ubezpieczonemu na jego wniosek przysługuje kolejna druga opinia medyczna.
10. Raport drugiej opinii medycznej zawiera:
  - 1) opis historii choroby ubezpieczonego;

- 2) opinie eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia;
- 3) propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez eksperta medycznego;
- 4) odpowiedzi na pytania ubezpieczonego dotyczące jego przypadku medycznego – jeśli zostały zadane;
- 5) bibliografię czasopism i artykułów odpowiednich dla przypadku medycznego ubezpieczonego;
- 6) informacje o osiągnięciach zawodowych i doświadczeniach zawodowych eksperta medycznego, który przygotował drugą opinię medyczną.

## **Pomoc w planowaniu lub organizacji leczenia po wydaniu drugiej opinii medycznej**

### **§ 4**

1. Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia ubezpieczonemu pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zalecanego w raporcie drugiej opinii medycznej, polegającą na organizacji świadczeń wskazanych w ust. 3.
2. Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku wcześniejszego wydania drugiej opinii medycznej.
3. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia partner medyczny, według wyboru i w porozumieniu z ubezpieczonym:
  - 1) udziela ubezpieczonemu, drogą telefoniczną, informacji o: nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki medycznej w Polsce, w której ubezpieczony będzie miał możliwość uzyskania świadczenia medycznego, w szczególności zabiegu chirurgicznego, badania diagnostycznego lub wizyty u lekarza specjalisty, zalecanego w raporcie drugiej opinii medycznej, oraz o możliwym terminie uzyskania tego świadczenia;
  - 2) umawia w Polsce: wizyty lekarskie, wizyty domowe, wizyty pielęgniarki, rehabilitanta lub inne świadczenia medyczne dostępne w placówkach medycznych, dotyczące leczenia zalecanego w drugiej opinii medycznej;
  - 3) wskazuje ubezpieczonemu maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub trzy placówki medyczne poza Polską, które mogą podjąć się leczenia ubezpieczonego w zakresie wskazanym w drugiej opinii medycznej;
  - 4) organizuje proces leczenia w placówkach medycznych poza Polską specjalizujących się w leczeniu nowotworu rozpoznanego u ubezpieczonego;
  - 5) organizuje transport ubezpieczonego do placówki medycznej poza Polską, gdzie będzie przeprowadzone leczenie w zakresie wskazanym w drugiej opinii medycznej, oraz organizuje zakwaterowanie ubezpieczonego w hotelu poza Polską.
4. Zapewnienie ubezpieczonemu pomocy w organizacji leczenia polega wyłącznie na organizacji przez partnera medycznego wskazanych wyżej świadczeń na koszt ubezpieczonego.
5. Świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia realizowane są na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego do Centrum Alarmowego Towarzystwa pod numerem telefonu +48 22 564 06 45.
6. Zgłaszając wniosek o realizację świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia, ubezpieczony zobowiązany jest podać wszystkie informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu tego świadczenia.

## **Świadczenia assistance medycznego – wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa**

### **§ 5**

1. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:

- 1) umyślnego działania ubezpieczonego;
  - 2) popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
  - 3) umyślnego samookaleczenia ubezpieczonego, samobójstwa ubezpieczonego lub jego usiłowania;
  - 4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
  - 5) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
  - 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
  - 7) wad wrodzonych;
  - 8) zakażenia wirusem HIV;
  - 9) nieprzestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego;
  - 10) katastrof naturalnych;
  - 11) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
  - 12) spożycia alkoholu, zażycia środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaprobowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje wystąpienia choroby onkologicznej, jeżeli postępowanie diagnostyczne w kierunku jej wykrycia zostało rozpoczęte u ubezpieczonego przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia.
  3. Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową wszelkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV, wszelkie guzy w badaniu histopatologicznym określone jako o granicznej złośliwości (border-line) oraz stany przednowotworowe: nadmierne rogowacenie nabłonka skóry, dysplazja nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3.

### Załącznik nr 3 do OWU – Lista nowotworów złośliwych

Rodzaj nowotworu
<b>Nowotwór złośliwy typ I</b>
C00 nowotwory złośliwe wargi
C01 nowotwór złośliwy nasady języka
C02 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka
C03 nowotwór złośliwy dziąsła
C04 nowotwór złośliwy dna jamy ustnej
C05 nowotwór złośliwy podniebienia
C06 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej
C07 nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej
C08 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych
C09 nowotwory złośliwe migdałka
C10 nowotwór złośliwy części ustnej gardła (oropharynx)

## Rodzaj nowotworu

### Nowotwór złośliwy typ I

- C11 nowotwór złośliwy części nosowej gardła (nasopharynx)
- C12 nowotwór złośliwy schyłku gruszkowatego
- C13 nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła (hypopharynx)
- C14 nowotwór złośliwy o innym i o bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła
- C15 nowotwór złośliwy przełyku
- C16 nowotwór złośliwy żołądka
- C17 nowotwór złośliwy jelita cienkiego
- C18 nowotwór złośliwy jelita grubego
- C19 nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
- C20 nowotwór złośliwy odbytnicy
- C21 nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu
- C22 nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych
- C23 nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego
- C24 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych
- C25 nowotwór złośliwy trzustki
- C26 nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów trawiennych
- C30 nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego
- C31 nowotwór złośliwy zatok przynosowych
- C32 nowotwór złośliwy krtani
- C33 nowotwór złośliwy tchawicy
- C34 nowotwór złośliwy oskrzela i płuca
- C37 nowotwór złośliwy grasicy
- C38 nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej
- C39 nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych części układu oddechowego i narządów klatki piersiowej
- C40 nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn
- C41 nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
- C43 czerniak złośliwy skóry przekraczający warstwę naskórka
- C45 międzybłoniak
- C46 mięsak Kaposiego
- C47 nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i autonomicznego układu nerwowego
- C48 nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej
- C49 nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich
- C50 nowotwór złośliwy sutka

## Rodzaj nowotworu

### Nowotwór złośliwy typ I

C51 nowotwór złośliwy sromu
C52 nowotwór złośliwy pochwy
C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy
C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy
C55 nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy
C56 nowotwór złośliwy jajnika
C57 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych
C58 nowotwór złośliwy łożyska
C60 nowotwór złośliwy prącia
C61 nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania nie mniejszym niż T2N0M0
C62 nowotwór złośliwy jądra
C63 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych
C64 nowotwór złośliwy nerki, z wyjątkiem miedniczki nerkowej
C65 nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej
C66 nowotwór złośliwy moczowodu
C67 nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
C68 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów moczowych
C69 nowotwór złośliwy oka
C70 nowotwór złośliwy opon
C71 nowotwór złośliwy mózgu
C72 nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części centralnego systemu nerwowego
C73 nowotwór złośliwy tarczycy (rak brodawkowy w stopniu wyższym niż ograniczony do gruczołu tarczowego)
C74 nowotwór złośliwy nadnerczy
C75 nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych
C76 nowotwór złośliwy o umiejscowieniu innym i niedokładnie określonym
C77 wtórne i nieokreślone nowotwory złośliwe węzłów chłonnych
C78 wtórne nowotwory złośliwe układu oddechowego i trawiennego
C79 wtórny nowotwór złośliwy innych umiejscowień
C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia
C81 choroba Hodgkina
C82 chłoniak niezwojnaki guzkowy (grudkowy)
C83 chłoniaki niezwojnaki rozlane

Rodzaj nowotworu
<b>Nowotwór złośliwy typ I</b>
C84 obwodowy i skórny chłoniak z komórek T
C85 inne i nieokreślone postaci chłoniaków niezziarniczych
C88 złośliwe choroby immunoproliferacyjne
C90 szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych
C91 białaczka limfatyczna
C92 białaczka szpikowa
C93 białaczka monocytowa
C94 inne białaczki określonego rodzaju
C95 białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
C96 inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych
C97 nowotwory złośliwe niezależnych (pierwotnych) mnogich umiejscowień

Rodzaj nowotworu
<b>Nowotwór złośliwy typ II</b>
C43 czerniak złośliwy skóry nieprzekraczający warstwy naskórka
C44 inne nowotwory złośliwe skóry
C61 nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0
C73 nowotwór złośliwy tarczycy (rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego)

## Załącznik nr 4 do OWU – Lista nowotworów przedinwazyjnych

Rodzaj nowotworu
<b>Nowotwór przedinwazyjny</b>
D00 rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka
D01 rak in situ innych i nieokreślonych części narządów trawiennych
D02 rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego
D03 czerniak in situ
D04 rak in situ skóry
D05 rak in situ sutka
D06 rak in situ szyjki macicy
D07 rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych
D09 rak in situ innych i nieokreślonych umiejscowień