



Provident

Pomyśl,
WRACASZ DO
ZDROWIA
pod dobrą
OPIEKĄ.

ProviMedyczny dla klientów
Providenta – indeks PM/2022/01
Zatrzymaj broszurę, tu znajdują się
warunki ubezpieczenia.

Pomyśl



UNIQA

Drogi Kliencie,

Podczas powrotu do zdrowia po chorobie lub wypadku uzyskanie szybkiej i profesjonalnej pomocy jest bardzo ważne. Pakiet ProviMedyczny dla klientów Providenta zapewnia wszechstronne wsparcie, także finansowe, właśnie w takich trudnych sytuacjach.

Przekazujemy w Twoje ręce komplet informacji dotyczący Pakietu ProviMedyczny dla klientów Providenta. Zachęcamy do zapoznania się z pełnym zakresem świadczeń medycznych i finansowych w ramach ubezpieczenia. W materiale znajdziesz również informacje, kiedy i na jakich zasadach możesz skorzystać ze świadczeń oraz w jaki sposób to zrobić.

Życzymy dużo zdrowia!

Provident Polska SA

Czym wyróżnia się nasz Pakiet ProviMedyczny i kiedy może się przydać

Szeroki zakres usług medycznych w przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku

- pomoc dostosowana do realnych potrzeb podczas choroby lub nieszczęśliwego wypadku, m.in. wizyty lekarskie, pomoc fizjoterapeuty i pielęgniarki, transport medyczny oraz dowóz i refundacja leków
- szybki i wygodny dostęp do usług medycznych na terenie całego kraju
- usługi medyczne zamawiane na infolinii medycznej czynnej całą dobę przez siedem dni w tygodniu
- z Pakietu ProviMedyczny można skorzystać zarówno w miejscu zamieszkania, jak i podczas podróży lub wakacji na terenie Polski
- wizyty u psychologa lub psychiatry w przypadku przebywania na kwarantannie, zachorowania na chorobę epidemiczną, wypadku komunikacyjnego, śmierci małżonka/partnera, wstępnego lub zstępnego, zachorowania na nowotwór złośliwy lub rak in situ

Wsparcie finansowe w trudnych sytuacjach losowych

- szeroki zakres zdarzeń objętych ochroną: pobyt w szpitalu, złamania oraz poważne i długoterminowe skutki nieszczęśliwych wypadków, tj. inwalidztwo
- wysokie sumy ubezpieczenia – do 100 000 zł
- minimum formalności i wypłata bezspornej części świadczenia w terminie do 30 dni roboczych od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.





Jaki zakres ochrony i usług obejmuje ubezpieczenie



Świadczenia ubezpieczeniowe związane z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą

Zakres ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia

	pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	39 600 zł (220 zł/dzień od 3. dnia pobytu)
	pobyt w szpitalu w wyniku choroby (dla osób poniżej 75. roku życia)	19 800 zł (110 zł/dzień od 3. dnia pobytu)
	pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	3 300 zł (110 zł/dzień od 3. dnia pobytu)
	całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji (dla osób do 75. roku życia)	100 000 zł
	lub	
	inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dla osób powyżej 75. roku życia)	
	złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku	grupa III 5000 zł grupa II 1500 zł grupa I 500 zł

Zgłoszenie roszczenia



Formularz wniosku o wypłatę świadczenia należy złożyć przez stronę uniqa.pl.







W razie pytań dzwoń: **22 599 95 22***

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych




Świadczenia medyczne związane z nieszczęśliwym wypadkiem oraz nagłym zachorowaniem

Rodzaj świadczenia		Limit świadczeń
 INFORMACJA	Medyczna Platforma Informacyjna	bez limitu
 WIZYTA	lekarza pierwszego kontaktu w miejscu pobytu lub u lekarza specjalisty u lekarza rehabilitacji fizjoterapeuty w miejscu pobytu pielęgniarki w miejscu pobytu	maks. 4 zdarzenia, 2 świadczenia na zdarzenie (zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty) 2 świadczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty 2 świadczenia: maks. 3 h na 1 wizytę 2 świadczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów dojazdu
 TRANSPORT	do placówki medycznej z placówki medycznej pomiędzy placówkami medycznymi	2 świadczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów 2 świadczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów 2 świadczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów
 DODATKOWO	refundacja leków (w połączeniu z dostarczeniem) dostarczenie leków osobie niesamodzielnej dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego	2 świadczenia do 300 zł maks. 2 razy w 12-miesięcznym okresie ochrony 1 świadczenie: zorganizowanie i pokrycie kosztu organizacji sprzętu do kwoty 300 zł



Świadczenie medyczne związane z przebywaniem na kwarantannie, zachorowaniem na chorobę epidemiczną, wypadkiem komunikacyjnym, śmiercią małżonka/partnera, wstępnego lub zstępnego, zachorowaniem na nowotwór złośliwy lub in situ

Rodzaj świadczenia		Limit świadczeń
 WIZYTA	psycholog lub psychiatra	maks. 4 świadczenia (zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty)

Zamówienie świadczenia

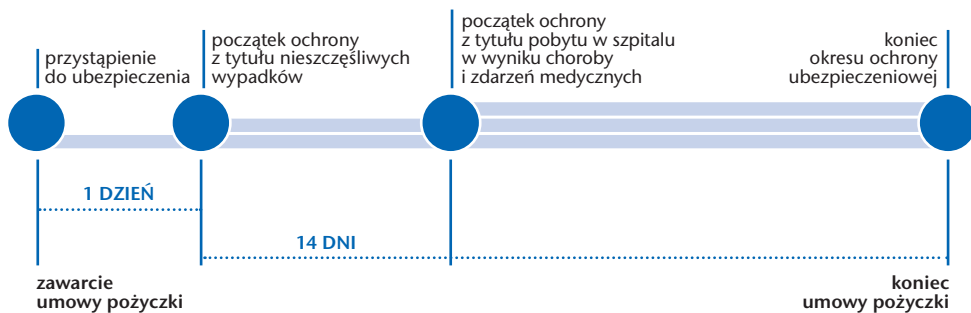


Zadzwoń pod nr 22 575 95 97*

całodobowa infolinia medyczna czynna 7 dni w tygodniu

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych

Jak długo trwa ochrona



Zgłaszane roszczenie dotyczy*:

- pobytu w szpitalu w wyniku choroby
- pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- pobytu na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)
- całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji
- inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

Dane ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

dowód osobisty

paszport

PESEL/ data urodzenia

Seria i numer dokumentu tożsamości

Płeć

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny

Ulica

Numer domu/lokalu Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Rodzaj telefonu

Numer telefonu

Dane dotyczące wypadku

DDMMRRRR
Data wypadku

Okoliczności i miejsce
wypadku (wyczerpująco):

Czy ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?*

Tak Nie

Czy ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?*

Tak Nie

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?*

Tak Nie

Czy w związku wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?*

Tak Nie

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy: _____

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie:

Dane dotyczące pobytu w szpitalu

Data pobytu w szpitalu: od do

Przyczyna pobytu w szpitalu*: choroba
 wypadek (wymagane wypełnienie pól powyżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)

Nazwa i adres szpitala, w którym leczył się ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Czy zostało zakończone leczenie?* Tak Nie

Czy w trakcie leczenia szpitalnego ubezpieczony przebywał na OIOM/OIT? Tak Nie

Dane dotyczące całkowitej niezdolności do pracy/całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji

Nazwa i adres placówki medycznej/szpitala, w którym leczył się ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Data wydania pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji:

Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie, jeśli inny niż ubezpieczony

Nazwisko Imię

PESEL/ data urodzenia Seria i numer dokumentu tożsamości Rodzaj dokumentu tożsamości

Obywatelstwo Państwo urodzenia E-mail (*prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami*)

+48 Telefon komórkowy +48 Telefon stacjonarny

Adres zamieszkania

Ulica Numer domu/lokalu Miejscowość Kod pocztowy Kraj

Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego:

Kod pocztowy Miejscowość Ulica Numer domu/lokalu

Przekaz pocztowy

Adres:

Kod pocztowy Miejscowość Ulica Numer domu/lokalu

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem/-am zgodnie z prawdą.

Data Miejscowość Podpis zgłaszającego roszczenie

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy o przekazanie do Towarzystwa oryginałów lub kopii następujących dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio ubezpieczającego, notariusza, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

POBYT W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego, dokumentacji medycznej z leczenia ubezpieczonego

POBYT W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem
- opis okoliczności zdarzenia, tj. nieszczęśliwego wypadku
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze – lub kopię postanowienia o umorzeniu postępowania)

POBYT NA ODDZIALE INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ (OIOM/OIT)

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kartę leczenia szpitalnego z informacją o pobycie na oddziale intensywnej opieki medycznej

CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ALBO CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ORAZ SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego trwałą i całkowitą niezdolność do pracy
- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym:

Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem

kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem

- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze – lub kopię postanowienia o umorzeniu postępowania).

INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital)
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze – lub kopię postanowienia o umorzeniu postępowania)
- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem

ZŁAMANIE KOŚCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia

Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na wysyłanie informacji o zgłoszonym roszczeniu z tytułu umowy ubezpieczenia, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności za pomocą poczty elektronicznej na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Tak Nie

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na**:

- otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu w formie elektronicznej na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,
- otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

3. Ja niżej podpisany zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu grupowego ubezpieczenia Providenta (Umowa grupowego ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA) i wyrażam

zgodę na wystąpienie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: Towarzystwo) do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje:

1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;

- 2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia;
- 3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczyny mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwiskach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

– Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa;

– innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem/-am ubezpieczony/-a lub w których złożony został wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa upraw-

nionego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia ProviMedyczny dla klientów Providenta do świadczenia i jego wysokości.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych, w tym danych o stanie zdrowia.

Tak Nie

4. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, jak i po przystąpieniu do niej, także na innym trwałym nośniku niż papier, w szczególności na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Tak Nie

5. Niniejszym wnoszę do Towarzystwa o udzielanie mi odpowiedzi na reklamacje za pomocą trwałego nośnika. Wnoszę o dostarczanie takich odpowiedzi na reklamacje pocztą elektroniczną na podany przeze mnie adres e-mail i jednocześnie wyrażam zgodę na użycie w tym celu podanego adresu e-mail.

Tak Nie

Trwały nośnik – materiał lub narzędzie umożliwiające ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, 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.

Co to oznacza? – trwałym nośnikiem jest np. PDF wysłany na adres e-mail, płyta CD lub pendrive z zapisanym plikiem w postaci PDF.

6. Oświadczam, że przekazano mi dokument „Przetwarzanie danych osobowych”.

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem/-am zgodnie z prawdą.

 D D M M R R R R

Data

Miejscowość

Czytelny podpis ubezpieczonego*

 D D M M R R R R

Data

Miejscowość

Czytelny podpis uprawnionego
(jeżeli inny niż ubezpieczony)

 D D M M R R R R

Data

Miejscowość

Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie
(jeżeli inny niż ubezpieczony lub uprawniony)

Prosimy przesać druk zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: Obszar Bancassurance

* skreślić niewłaściwe

** zaznaczyć właściwe

Kto jest administratorem Twoich danych

Administratorem Twoich danych jesteśmy my, UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.

Warto wiedzieć

- My** = administrator danych, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Ty = osoba, której dane przetwarzamy

Jak skontaktować się z inspektorem ochrony danych

Wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych, z którym możesz się skontaktować poprzez e-mail: dane.osobowe@uniqa.pl lub listownie na adres administratora. Adres znajdziesz w części **Kto jest administratorem Twoich danych**. Z inspektorem ochrony danych możesz się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

W jakich celach i na jakiej podstawie prawnej możemy przetwarzać Twoje dane

Twoje dane przetwarzamy zawsze zgodnie z prawem.

Możemy przetwarzać Twoje dane w celach:	Podstawa prawna:
wykonania umowy ubezpieczenia;	przetwarzanie danych jest niezbędne do wykonania umowy;
usprawnienia komunikacji;	przetwarzanie danych kontaktowych (np. nr telefonu, e-mail), których podanie nie jest obowiązkowe, ale zalecane, wynika z prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest usprawnienie komunikacji z Tobą w kwestiach związanych z obsługą Twojego roszczenia lub w sprawie dotyczącej likwidacji szkody;
obsługi roszczeń i likwidacji zgłoszonych szkód;	przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
wypełnienia obowiązków prawnych;	przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze wynikających w szczególności z przepisów podatkowych i rachunkowych oraz sankcji wynikających z zobowiązań międzynarodowych;
dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest możliwość dochodzenia roszczeń lub obrony przed nimi;
sprawdzenia Twojego zadowolenia z jakości naszej usługi lub ze sposobu jej realizacji;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora jakim jest podnoszenie jakości świadczonych usług i realizacji wytycznych Komisji Nadzoru Finansowego;
przeciwdziałania przestępstwom;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli przeciwdziałania i ścigania przestępstw;
statystycznych i analitycznych, w tym w celu profilowania;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest wykonywanie statystyk i analiz.

Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane

W zależności od podstawy prawnej przetwarzania Twoich danych osobowych, będziemy je przechowywali do czasu, gdy przedawnią się roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub wygaśnie obowiązek przechowywania danych wynikający z przepisów prawa, lub zrealizujemy nasz prawnie uzasadniony interes, lub zgłosisz sprzeciw wobec przetwarzania opartego na prawnie uzasadnionym interesie.

Komu możemy udostępnić lub przekazać Twoje dane

Twoje dane osobowe możemy udostępnić podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów prawa, np. Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu lub zakładom reasekuracji.

Twoje dane osobowe możemy również przekazać podmiotom przetwarzającym dane na zlecenie UNIQA, np.:

- dostawcom usług IT,
- podmiotom windykującym należności,
- podmiotom świadczącym usługi assistance,
- podmiotom zajmującym się wsparciem procesów likwidacji szkód,
- agentom ubezpieczeniowym.

Podmioty, którym przekazujemy Twoje dane, przetwarzają je na podstawie zawartej z nami umowy – wyłącznie zgodnie z naszymi poleceniami.

Czy Twoje dane będziemy przekazywać poza Europejski Obszar Gospodarczy

Twoje dane osobowe możemy przekazać poza Europejski Obszar Gospodarczy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie. Dane możemy przekazać w szczególności na podstawie wydanych przez Komisję decyzji lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję.

Możesz otrzymać kopię dokumentu regulującego przetwarzanie Twoich danych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym lub informację o miejscu jego udostępnienia.

Jakie prawa Ci przysługują

Przysługują Ci prawa: dostępu do Twoich danych osobowych; ich sprostowania; usunięcia; ograniczenia ich przetwarzania; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, które dokonywane jest na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora; przeniesienia danych osobowych. Masz również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Na czym polega zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie

W przypadku wybranych rodzajów roszczeń, niektóre Twoje dane będziemy mogli przetwarzać w sposób zautomatyzowany, czyli bez udziału człowieka, w tym również będziemy je profilować. Polega to na weryfikacji przekazanych informacji o zdarzeniu ubezpieczeniowym z zakresem ochrony ubezpieczeniowej. Robimy to po to, aby móc podjąć decyzję w szkodzie lub w sprawie roszczenia.

Przykład

Jeśli ubiegasz się o odszkodowanie z tytułu zalania mieszkania lub uszkodzenia samochodu, dane mogą zostać pobrane automatycznie z formularza i przetworzone, w wyniku czego, jeśli roszczenie jest zasadne, zostanie podjęta automatyczna decyzja o przyznaniu odszkodowania.

Masz prawo zakwestionować automatycznie podjętą decyzję, wyrazić własne stanowisko lub uzyskać interwencję człowieka co oznacza, że człowiek przeanalizuje dane i podejmie decyzję.

Co jeszcze warto wiedzieć

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem przeprowadzenia procesu likwidacji zgłoszonej szkody lub obsługi roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność przeprowadzenia procesu likwidacji.

W przypadku danych osobowych niezyskanych od Ciebie, źródłem pozyskania Twoich danych może być np. inny uczestnik zdarzenia. W przypadku szkód z udziałem pojazdów źródłem pozyskania danych może być również Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, z którego możemy pozyskać historię szkodowości. Wśród pozyskanych danych mogą być w szczególności: imię i nazwisko, adres, data urodzenia, PESEL, e-mail, telefon oraz ewentualnie inne dane niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacyjnego.

Niniejszym potwierdzamy przyjęcie Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego świadczonego przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA Pakiet ProviMedyczny dla klientów Providenta.

Przystępując do umowy grupowego ubezpieczenia, złożył/-a Pan/Pani następujące oświadczenia (treść oświadczeń jest także dostępna na stronie internetowej <https://www.provident.pl/ubezpieczenia/pakiet-medyczny>):

Oświadczenia

1. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie przeze mnie kosztu składki ubezpieczeniowej otrzymałem Szczegółne warunki ubezpieczenia ProviMedyczny dla klientów Providenta – indeks PM/2022/01 (dalej: SWU) oraz informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
2. Deklaruję wolę przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA (dalej: Umowa ubezpieczenia) na zasadach określonych w Szczególnych warunkach ubezpieczenia ProviMedyczny dla klientów Providenta – indeks PM/2022/01 obowiązujących w dniu złożenia niniejszej deklaracji oraz wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz wyrażam zgodę na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, której wysokość jest mi znana i ją akceptuję. Broszura zawierająca SWU została załączona do umowy pożyczki.
3. Wyrażam zgodę na wysokość sum ubezpieczenia i limitów świadczeń dla zdarzeń medycznych wskazanych w SWU.
4. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących Umowy ubezpieczenia przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, jak i po przystąpieniu do niej, także na trwałym nośniku*** innym niż papier, w szczególności na wskazany przeze mnie adres e-mail.
5. Ja niżej podpisany/-a zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy leczyli i opiekowali się mną, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.
6. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje informacje o:

- a) przyczynie hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- b) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz wynikach leczenia;
- c) wynikach przeprowadzonych konsultacji;
- d) przyczynie mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych Towarzystwu.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa;
- 2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem ubezpieczony lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do Umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczonego oraz ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Ubezpieczony wyraża zgodę.

Tak Nie

Data

Podpis ubezpieczonego

* zaznaczyć właściwe

** podanie danych jest dobrowolne

*** trwałe nośnik – materiał lub narzędzie umożliwiające Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, 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

Kto jest administratorem Twoich danych

Administratorem Twoich danych jesteśmy my, UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.

Warto wiedzieć

- My** = administrator danych, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Ty = osoba, której dane przetwarzamy

Jeśli wyrażasz zgodę na przesyłanie informacji handlowych lub marketingowych przez inne spółki z grupy UNIQA, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. lub UNIQA Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A., lub UNIQA Polska S.A. to administratorem Twoich danych w celach marketingowych, badania satysfakcji oraz statystycznych i analitycznych, w tym profilowania, jest również odpowiednia spółka z grupy UNIQA, na rzecz której została udzielona zgoda. Dane kontaktowe oraz pozostałe informacje są takie same dla wszystkich spółek.

Jak skontaktować się z inspektorem ochrony danych

Wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych, z którym możesz się skontaktować poprzez e-mail: dane.osobowe@uniqa.pl lub listownie na adres administratora. Adres znajdziesz w części **Kto jest administratorem Twoich danych**. Z inspektorem ochrony danych możesz się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

W jakich celach i na jakiej podstawie prawnej możemy przetwarzać Twoje dane

Twoje dane przetwarzamy zawsze zgodnie z prawem.

Możemy przetwarzać Twoje dane w celach:	Podstawa prawna:
wykonania umowy ubezpieczenia lub podjęcia działań przed zawarciem umowy, w tym oceny ryzyka ubezpieczeniowego;	przetwarzanie danych jest niezbędne do zawarcia i wykonania umowy lub do podjęcia działań na Twoje żądanie, przed zawarciem umowy;
usprawnienia komunikacji;	przetwarzanie danych kontaktowych (np. nr telefonu, e-mail), których podanie nie jest obowiązkowe, ale zalecane, wynika z prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest usprawnienie komunikacji z Tobą w kwestiach związanych z umową ubezpieczenia lub działań podjętych przed jej zawarciem;
wypełnienia obowiązków prawnych;	przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze wynikających w szczególności z przepisów podatkowych i rachunkowych oraz sankcji wynikających z zobowiązań międzynarodowych;
dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest możliwość dochodzenia roszczeń lub obrony przed nimi;
sprawdzenia Twojego zadowolenia z jakości naszej usługi lub ze sposobu jej realizacji;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, jakim jest podnoszenie jakości świadczonych usług i realizacja wytycznych Komisji Nadzoru Finansowego;
przedstawiania Ci naszych produktów i usług za pośrednictwem marketingu bezpośredniego;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli prowadzenia marketingu bezpośredniego naszych usług i produktów;
przeciwdziałania przestępstwom;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli przeciwdziałania i ścigania przestępstw;

Możemy przetwarzać Twoje dane w celach:	Podstawa prawna:
statystycznych i analitycznych, w tym w celu profilowania;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest wykonywanie statystyk i analiz;
reasekuracji ryzyka;	przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą z Tobą umową.

Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane

W zależności od podstawy prawnej przetwarzania Twoich danych osobowych, będziemy je przechowywali do czasu, gdy przedawnią się roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub wygaśnie obowiązek przechowywania danych wynikający z przepisów prawa, lub zrealizujemy nasz prawnie uzasadniony interes, lub zgłosisz sprzeciw wobec przetwarzania opartego na prawnie uzasadnionym interesie, lub wycofasz zgodę na przetwarzanie danych.

Komu możemy udostępnić lub przekazać Twoje dane

Twoje dane osobowe możemy udostępnić podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów prawa, np. Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu lub zakładom reasekuracji.

Twoje dane możemy również przekazać podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie UNIQA, np.:

- dostawcom usług IT,
- podmiotom windykującym należności,
- agencjom marketingowym,
- podmiotom świadczącym usługi assistance,
- agentom ubezpieczeniowym.

Podmioty, którym przekazujemy Twoje dane, przetwarzają je na podstawie zawartej z nami umowy – wyłącznie zgodnie z naszymi poleceniami.

Czy Twoje dane będziemy przekazywać poza Europejski Obszar Gospodarczy

Twoje dane osobowe możemy przekazać poza Europejski Obszar Gospodarczy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie. Dane możemy przekazać w szczególności na podstawie wydanych przez Komisję decyzji lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję.

Możesz otrzymać kopię dokumentu regulującego przetwarzanie Twoich danych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym lub informacje o miejscu jego udostępnienia.

Jakie prawa Ci przysługują

Przysługują Ci prawa: dostępu do Twoich danych osobowych; ich sprostowania; usunięcia; ograniczenia ich przetwarzania; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, które dokonywane jest na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora; przeniesienia danych osobowych; wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest Twoja zgoda. Wycofanie zgody nie wpływa jednak na przetwarzanie danych, jakie odbyło się przed wycofaniem Twojej zgody. Masz również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Na czym polega zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie

Twoje dane będziemy przetwarzać w sposób zautomatyzowany, czyli bez udziału człowieka, w tym również będziemy je profilować. Robimy to po to, aby móc przedstawić Ci ofertę ubezpieczenia. Dane osobowe, zwłaszcza te określające przedmiot i przebieg ubezpieczenia, będziemy wykorzystywać do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wyliczenia składki. Większa wartość przedmiotu ubezpieczenia lub większa szkodowość może się przełożyć na wyższe ryzyko ubezpieczeniowe i tym samym Twoja składka ubezpieczeniowa może być wyższa.

Przykład. Jeśli w poprzednich latach było kilka stłuczek samochodowych, to może oznaczać, że automatycznie wyliczymy Ci wyższą składkę ubezpieczeniową.

Masz prawo zakwestionować automatycznie podjętą decyzję, wyrazić własne stanowisko lub uzyskać interwencję człowieka co oznacza, że człowiek przeanalizuje dane i podejmie decyzję.

Co jeszcze warto wiedzieć

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność zawarcia umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych lub badania satysfakcji jest dobrowolne.

W przypadku danych osobowych niezyskanych od Ciebie, źródłem pozyskania Twoich danych jest np. ubezpieczający. Mogą to być w szczególności: imię i nazwisko, adres, data urodzenia, PESEL, e-mail, telefon.

W przypadku umów ubezpieczenia pojazdu źródłem pozyskania danych może być również Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, z którego pozyskujemy historię szkodowości.

Prosimy wypełnić dużymi, drukowanymi literami długopisem – każda zmiana musi być potwierdzona Pana/Pani podpisem.

Nr umowy pożyczki konsumenckiej

Dane ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Odstąpienie/Wystąpienie

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że odstępuję/rezygnuję z ubezpieczenia, którym zostałem objęty/-a jako pożyczkobiorca w ramach umowy pożyczki wskazanej powyżej.

Odstąpienie od ubezpieczenia jest skuteczne w przypadku złożenia tego oświadczenia w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku odstąpienia od ubezpieczenia ubezpieczonemu przysługuje zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej.

Wystąpienie z umowy ubezpieczenia jest skuteczne w przypadku złożenia tego oświadczenia po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia ubezpieczonemu przysługuje zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej należnej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Upoważniam Provident Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4A do odbioru w moim imieniu od Towarzystwa oferującego ubezpieczenie, którego to oświadczenie dotyczy, należnego mi w wyniku odstąpienia/wystąpienia z umowy ubezpieczenia zwrotu składki ubezpieczeniowej.

Jednocześnie, w przypadku gdy odstąpienie od ubezpieczenia ma miejsce jednocześnie z odstąpieniem od umowy pożyczki konsumenckiej, upoważniam Provident Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4A do zaliczenia kwoty zwróconej składki ubezpieczeniowej przez Towarzystwo oferujące ubezpieczenie, którego to oświadczenie dotyczy, na poczet spłaty (zwrotu pożyczkodawcy) udostępnionej mi całkowitej kwoty pożyczki wypłaconej mi na podstawie przedmiotowej umowy pożyczki konsumenckiej.

W pozostałych przypadkach Provident Polska S.A. przekaże należyne zwrot składki ubezpieczeniowej bezpośrednio ubezpieczonemu.

D D M M R R R R
Data

Podpis ubezpieczonego

FORMULARZ DO SWU

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 8 punkty od 29 do 38 Regulamin usług medycznych § 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	punkty od 49 do 52 Regulamin usług medycznych § 2

Szczególne warunki ubezpieczenia ProviMedyczny dla klientów Providenta (indeks PM/2022/01) (dalej: SWU) regulują zasady, na jakich UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna (zwana także UNIQA TU S.A.) obejmuje ochroną ubezpieczeniową klientów Provident Polska S.A.

SWU 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 ze SWU.

SPIS TREŚCI

Co oznaczają te pojęcia	19
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	19
Ochrona ubezpieczeniowa	19
Obowiązki Providenta i nasze	20
Składka	21
Suma ubezpieczenia, świadczenia ubezpieczeniowe	21
Wyłączenia odpowiedzialności	24
Reklamacje, właściwość sądów, prawo właściwe	27
Słownik pojęć	28
Postanowienia końcowe	33
Dane kontaktowe	33
Załącznik nr 1 – Regulamin usług medycznych	34

CO OZNACZAJĄ TE POJĘCIA

Ty – jesteś osobą, którą możemy objąć ochroną ubezpieczeniową, czyli ubezpieczonym.

My – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Provident – Provident Polska S.A., czyli ubezpieczający.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Kogo możemy objąć ubezpieczeniem

1. Ubezpieczeniem możemy objąć Ciebie, jeśli masz co najmniej 18 i nie więcej niż 95 lat, mieszkasz na stałe w Polsce oraz złożyłeś prawidłowo wypełnioną deklarację przystąpienia ze wszystkimi wymaganymi przez nas oświadczeniami znajdującymi się w tej deklaracji.
2. Jeśli nie spełniasz warunków z punktu 1, to nie udzielimy Ci ochrony ubezpieczeniowej, nawet jeśli przyjmiesz od Ciebie deklarację przystąpienia i opłacisz składkę. W takiej sytuacji zwrócimy Providentowi składkę, a Provident rozliczy ją z Tobą.
3. W ramach jednej konsumenckiej umowy pożyczki możemy przyjąć jedną deklarację przystąpienia do ubezpieczenia.
4. W tym samym czasie możesz być objęty ochroną w ramach tych SWU w związku z zawarciem maksymalnie czterech umów pożyczki.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia

5. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.

Jaki jest zakres ubezpieczenia

6. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia:
 - 1) pobyt w szpitalu w wyniku choroby oraz pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT) – jeśli nie ukończyłeś 75. roku życia, albo
 - 2) pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz
 - 3) w zależności od Twojego wieku:
 - a) całkowitą niezdolność do pracy albo całkowitą niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji – jeśli nie ukończyłeś 75. roku życia, albo
 - b) inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku – jeśli ukończyłeś 75. rok życia, oraz
 - 4) złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, oraz
 - 5) zorganizowanie usługi lub zorganizowanie i pokrycie kosztów usługi w przypadku zajęcia zdarzenia medycznego lub potrzeby medycznej zgodnie z Regulaminem usług medycznych.
7. Twój wiek ustalamy na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lub inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczamy następstwa nieszczęśliwego wypadku polegające na pobycie w szpitalu lub złamaniu kości, lub inwalidztwie, jeśli nastąpiły one w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i jeśli ich bezpośrednią przyczyną były fizyczne obrażenia ciała odniesione w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

Jak długo działa ochrona ubezpieczeniowa

9. Nasza odpowiedzialność obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, w przypadku których dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego miał miejsce w czasie udzielania ochrony.
10. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej od następnego dnia po dniu przystąpienia do ubezpieczenia, ale nie wcześniej niż następnego dnia po zawarciu konsumenckiej umowy pożyczki.

11. Okres ubezpieczenia to pierwotny okres, na jaki zawierasz konsumencką umowę pożyczki z Providentem.
12. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku choroby oraz zdarzeń medycznych i potrzeby medycznej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 14 dni od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową i kończy z upływem pierwotnego okresu, na jaki zawarłeś konsumencką umowę pożyczki z Providentem.
13. Jeśli przystąpisz do ubezpieczenia w ramach tych SWU bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego okresu ubezpieczenia, w którym ochrona ubezpieczeniowa była świadczona na podstawie tych SWU – wówczas punkt 12 nie ma zastosowania, z wyjątkiem sytuacji, w której przystąpienie następuje bezpośrednio po odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.
14. Przystaniemy świadczyć ochronę z upływem dnia, w którym:
 - 1) my i Provident rozwiążemy umowę ubezpieczenia, przy czym w takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa nie wygaśnie wcześniej niż z upływem okresu, za który została opłacona składka;
 - 2) Provident odstąpił od umowy ubezpieczenia;
 - 3) złożyłeś oświadczenie o odstąpieniu od ubezpieczenia;
 - 4) upłynął następny dzień, w którym złożyłeś oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia;
 - 5) zakończył się okres ubezpieczenia;
 - 6) zmarłeś;
 - 7) ukończyłeś 95 lat;
 - 8) Provident nie opłacił składki za Ciebie jako ubezpieczonego na zasadach i w trybie określonym w umowie ubezpieczenia.
15. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.
16. Masz prawo odstąpienia od ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia przystąpienia do ubezpieczenia. W takim przypadku przestaniemy świadczyć ochronę z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu, a ubezpieczającemu zwrócimy zapłaconą składkę. Warunkiem skutecznego odstąpienia jest złożenie przez Ciebie ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu.
17. Po upływie 30 dni od dnia przystąpienia możesz wystąpić z umowy ubezpieczenia w dowolnym czasie. W takim przypadku przestajemy świadczyć ochronę z następnym dniem po złożeniu pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia, a ubezpieczającemu zwrócimy składkę za niewykorzystany okres ochrony. Warunkiem skutecznego wystąpienia jest złożenie przez Ciebie ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o wystąpieniu.
18. Jeśli spłacisz wcześniej całą pożyczkę udzieloną przez Providenta, nie spowoduje to jednoczesnego odstąpienia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia. W takim przypadku świadczymy ochronę aż do upływu pierwotnego okresu, na jaki została zawarta umowa pożyczki, chyba że jednocześnie złożysz oświadczenie o odstąpieniu lub wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI PROVIDENTA I NASZE

Jakie są obowiązki Providenta i nasze

19. Do obowiązków Providenta należy:
 - 1) opłacenie składki w wymaganej wysokości;
 - 2) udzielanie Ci informacji o warunkach ochrony w zakresie, w jakim dotyczą Twoich praw i obowiązków, w tym doręczenie Ci tych SWU i dokumentu informującego o przetwarzaniu Twoich danych osobowych, udostępnienie druków deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, wniosku o wypłatę świadczenia, formularza odstąpienia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia oraz przyjmowanie od Ciebie oświadczeń o odstąpieniu lub wystąpieniu z umowy ubezpieczenia i przekazywanie ich do nas.

20. Jesteśmy zobowiązani doręczyć Providentowi na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku tych SWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Jesteśmy też zobowiązani do prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia i przepisach prawa.

SKŁADKA

Jak ustalamy wysokość składki

21. Składkę ustalamy na podstawie długości trwania i rodzaju Twojej pożyczki (pożyczka tygodniowa lub miesięczna).
22. Wysokość składki określamy w umowie ubezpieczenia.
23. Wyłącznie Provident jest zobowiązany do zapłaty składki.
24. Składkę za wszystkich ubezpieczonych Provident opłaca przelewem na wskazany przez nas rachunek bankowy w terminach, które ustaliliśmy wspólnie z Providentem.

SUMA UBEZPIECZENIA, ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Gdzie wskazana jest wysokość sumy ubezpieczenia

25. Wysokości sum ubezpieczenia dla poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wynoszą:

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
Pobyt w szpitalu w wyniku choroby	19 800 zł
Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	39 600 zł
Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	3 300 zł
Złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku	grupa I: 500 zł
	grupa II: 1 500 zł
	grupa III: 5 000 zł
Całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji	100 000 zł
Inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100 000 zł

26. Sumy ubezpieczenia i limity 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.
27. Sumy ubezpieczenia i usług medycznych ulegają odnowieniu po upływie 12-miesięcznych okresów, dla których zostały ustalone, pod warunkiem dalszego świadczenia przez nas ochrony.
28. Limity świadczeń medycznych wskazaliśmy w załączniku nr 1 do SWU.

Jakie świadczenia przysługują z umowy ubezpieczenia

29. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku choroby wypłacimy Ci świadczenie w kwocie równej 110 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z wyłączeniem dwóch pierwszych dni, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.
30. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Ci świadczenie w kwocie równej 220 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z wyłączeniem dwóch pierwszych dni, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.
31. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku choroby albo pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku świadczenie wypłacimy po zakończeniu Twojego pobytu w szpitalu. Jeśli Twój pobyt w szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, na Twój wniosek wypłacimy część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu. Jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany został więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną, wypłacimy tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.

32. Świadczenia pobytu w szpitalu w wyniku choroby albo pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie sumują się – wypłacimy Ci tylko świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby albo świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
33. W przypadku pobytu na OIOM/OIT wypłacimy Ci świadczenie w kwocie równej 110 zł za każdy dzień pobytu na OIOM/OIT maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.
34. Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM/OIT wypłacimy niezależnie od świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby albo pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
35. W przypadku złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Ci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia przewidzianej dla danej grupy złamań, zgodnie z tabelą złamań obowiązującą w dniu nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną złamania kości:

Tabela złamań

Złamania – grupa I

pozostałe złamania kości niesklasyfikowane w grupie złamań II oraz III

Złamania – grupa II

kości piętowej

kości podudzia

kości ramiennej lub przedramienia

kości rzepki

Złamania – grupa III

kości czaszki (wyłącznie podstawy), z wyjątkiem sklepienia i twarzocaszki

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

36. W przypadku całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji, która powstała w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia.
37. W przypadku inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który to wypadek miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie w wysokości odpowiadającej iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa i procentu inwalidztwa określonego w tabeli inwalidztwa, obowiązującej w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Tabela inwalidztwa

Rodzaj inwalidztwa	Procent inwalidztwa
Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Całkowity niedowład czterokończynowy	100%
Całkowita utrata mowy	100%
Całkowita utrata obu kończyn dolnych lub obu podudzi	100%

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

38. W przypadku usług medycznych zobowiązujemy się do świadczenia Ci usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej. Jeśli zajdzie zdarzenie medyczne, zobowiązujemy się do zorganizowania lub zorganizowania i pokrycia kosztów usług medycznych. Wszystkie szczegóły dotyczące usług informacyjnych oraz medycznych znajdziesz w Regulaminie usług medycznych.

Co zrobić, aby otrzymać świadczenie

39. Aby otrzymać świadczenie, należy wypełnić wniosek o wypłatę świadczenia.
40. Wypełnienie wniosku o wypłatę świadczenia oraz dostarczenie dokumentacji medycznej może odbyć się przez stronę www.uniqa.pl.
41. Jeżeli wniosek wypełniany jest w formie papierowej, należy dostarczyć go do nas wraz z dokumentacją medyczną wskazaną we wniosku. Lista niezbędnych dokumentów znajduje się również na naszej stronie uniqa.pl.
42. Dokumenty można przekazać nam przez stronę uniqa.pl, e-mailowo lub listownie na adres wskazany na końcu SWU.
43. Możemy prosić o dodatkowe dokumenty, jeśli będzie to niezbędne do podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.
44. Świadczenia wypłacone z umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu na podstawie przepisów regulujących opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązujących w chwili wypłaty świadczenia.
45. Aby otrzymać świadczenie w zakresie usług medycznych, należy postępować zgodnie z załącznikiem nr 1 do SWU.

Jak długo czeka się na wypłatę

46. 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.

47. 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.
48. Świadczenie realizujemy przelewem lub przekazem pocztowym.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

W jakich sytuacjach odmawiamy wypłaty świadczenia

49. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego Twojego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na Twoją prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Twojej poczytalności.
50. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego Twojego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na Twoją prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Twojej poczytalności;
 - 3) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 4) niepełnosprawności lub następujących chorób: choroby niedokrwiennej serca, zawał serca, choroba wieńcowa, choroby tętnic, miażdżycy i tętniak, choroby naczyń mózgowych, udar mózgu, choroba nadciśnieniowa, zaburzenia rytmu serca, choroby nowotworowe, padaczka, cukrzyca, gruźlica, niewydolność nerek, zwłóknienie i marskość wątroby, choroby trzustki, AIDS lub nosicielstwo wirusa HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, sepsa, choroby psychiczne, zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia i będące przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 12 pierwszych miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 5) nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
 - 6) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwicy;
 - 7) spożycia alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia od 0,2‰ alkoholu we krwi albo do obecności od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza;
 - 8) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 9) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
 - 10) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ciebie czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 11) Twojego udziału w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzecięt-

nych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;

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

52. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego Twojego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) spożycia przez Ciebie alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia od 0,2‰ alkoholu we krwi albo do obecności od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza;
 - 3) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 4) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
 - 5) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ciebie czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 6) Twojego udziału w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 7) prowadzenia przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli nie posiadasz odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie miał 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 choroby lub Twoich niepełnosprawności zdiagnozowanych lub leczonych przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
53. 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 kości.

Szczególne środki ograniczające

54. Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia 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.
55. Jeśli ustalimy, że znajdujesz się na jakiegokolwiek liście sankcyjnej, o której mowa w pkt 54, to w ciągu 30 dni od wystawienia dokumentu ubezpieczenia poinformujemy Cię o tym, że nie przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia, a wystawiony dokument ubezpieczenia jest nieważny. Jeśli natomiast nie jesteś wpisany na żadne listy sankcyjne, to deklaracja przystąpienia obowiązuje od dnia wystawienia tego dokumentu.
56. Jeśli w czasie trwania Twojej ochrony 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

57. 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.
58. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
59. 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.
60. Reklamację można składać nam w następujący sposób:
- 1) na piśmie – przesyłką pocztową na adres naszej siedziby: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście do protokołu w naszej jednostce obsługującej klientów;
 - 2) elektronicznie poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje;
 - 3) ustnie – dzwoniąc pod numer naszej infolinii: +48 22 599 95 22 lub osobiście do protokołu w naszej jednostce obsługującej klientów.
61. 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.

62. Odpowiedzi na reklamację udzielimy bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
63. 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.
64. 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.
65. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
66. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
67. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA TU S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).
68. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami punktów powyżej, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia pkt 60–63 i 67, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażalenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Jak uregulowana jest właściwość sądów oraz prawo właściwe

69. 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.
70. 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.
71. W sprawach nieuregulowanych w SWU do umowy stosuje się przepisy prawa polskiego.

SŁOWNIK POJĘĆ

Co rozumiemy pod poszczególnymi pojęciami

72. W SWU używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **amputacja** – całkowita anatomiczna strata (usunięcie) narządu;
 - 2) **całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji**:
 - a) w przypadku osób, którym nie przysługuje prawo do emerytury lub renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy – całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy orzeczona na okres powyżej 12 miesięcy, stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego,
 - b) w przypadku osób, którym przysługuje prawo do emerytury lub renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy – całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji orzeczona na okres powyżej 12 miesięcy, stwierdzona na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego; orzeczenie o braku zdolności do samodzielnej egzystencji musi zostać wydane po raz pierwszy;

- 3) **Centrum Alarmowe Towarzystwa** – podmiot działający w imieniu i na rzecz Towarzystwa, zajmujący się zleconymi czynnościami ubezpieczeniowymi w ramach likwidacji szkód, a w szczególności organizacją świadczeń medycznych;
- 4) **choroba epidemiczna** – choroba, z powodu której ogłoszono stan zagrożenia epidemiologicznego lub stan epidemii w trybie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 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 dentystę, przy czym rozpoznanie może być utrwalone także w formie akronimu albo pod postacią kodu ICD-10;
- 7) **data przystąpienia do ubezpieczenia** – data złożenia Providentowi deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
- 8) **deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia** – Twoje pisemne oświadczenie, w którym wyrażasz wolę objęcia Cię ochroną ubezpieczeniową, świadczoną przez nas w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA;
- 9) **dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych ryzyk:
 - a) pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) pobyt w szpitalu w wyniku choroby – pierwszy dzień pobytu w szpitalu,
 - c) pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT) – pierwszy dzień pobytu na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT),
 - d) całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji:
 - i. w przypadku osób, którym nie przysługuje prawo do emerytury lub renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy: dzień wskazany w orzeczeniu pierwszorazowym przez lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, odpowiednio jako data początkowa całkowitej niezdolności do pracy lub – w przypadku gdy tej daty nie ustalono – data wskazana w orzeczeniu jako data zaistnienia niezdolności do pracy lub – jeśli tej daty nie wskazano – data ustalona przez nas na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej, albo odpowiednio
 - ii. w przypadku osób, którym przysługuje prawo do emerytury lub renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy: dzień wskazany w orzeczeniu lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego jako data początkowa całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji lub – w przypadku gdy tej daty nie ustalono – data wskazana w orzeczeniu jako data zaistnienia niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji lub – jeśli tej daty nie wskazano – data ustalona przez nas na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej;
 - e) inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dzień nieszczęśliwego wypadku, w konsekwencji którego doszło do powstania inwalidztwa,
 - f) złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dzień złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) zdarzenie medyczne lub potrzeba medyczna – odpowiednio dzień nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub powstania potrzeby medycznej;
- 10) **inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – trwałe upośledzenie funkcji organizmu, którego zakres został wskazany w tabeli inwalidztwa zawartej w SWU, będące skutkiem nieszczęśliwego wypadku;

- 11) **klient** – osoba fizyczna, która zawarła z Provident Polska S.A. konsumencką umowę pożyczki ze splatą tygodniową lub miesięczną (zwaną dalej również „konsumencką umową pożyczki”);
- 12) **kwarantanna / przebywanie na kwarantannie** – odosobnienie zgodnie z definicją ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 13) **lek** – określony w zakresie leków gotowy produkt leczniczy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (j.t. Dz.U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 z późn. zm.), którego zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty;
- 14) **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;
- 15) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Tobą z ramienia placówki medycznej, w której poddałeś się leczeniu;
- 16) **miejsce pobytu** – adres na terytorium Polski, który wskazałeś, zgłaszając do Centrum Alarmowego Towarzystwa zdarzenie medyczne, w którym lub do którego ma być świadczona usługa medyczna;
- 17) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce Twojego stałego pobytu na terytorium Polski, wskazane w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia przez podanie dokładnego adresu;
- 18) **nagłe zachorowanie** – powstała w sposób nagły choroba, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia, powodująca konieczność udzielenia Ci natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagająca interwencji pogotowia ratunkowego;
- 19) **niedowład** – całkowita i trwała utrata nerwu;
- 20) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu Twojego zdrowia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia i spowodowało fizyczne obrażenia Twojego ciała, przy czym nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu SWU zawału serca, udaru mózgu ani innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub Twojego pochylenia; na potrzeby świadczeń medycznych jest to dodatkowo zdarzenie skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej, jednak niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;
- 21) **nowotwór** – oznacza nowotwór złośliwy lub rak in situ:
 - a) nowotwór złośliwy – choroba zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale „Nowotwory złośliwe” (C00-C97), charakteryzująca się niekontrolowanym wzrostem komórek nowotworowych z możliwością naciekania zdrowych tkanek i zdolnością do tworzenia odległych przerzutów; rozpoznanie nowotworu złośliwego musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa; za nowotwór złośliwy nie uznaje się:
 - i. dysplazji,
 - ii. wszelkich zmian przedrakowych;
 - b) rak in situ (Carcinoma in situ) – choroba zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale „Nowotwory in-situ” (D00-D09), polegająca na ogniskowym, miejscowym rozroście komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawowej nabłonka, z którego się wywodzi, i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego potwierdzonego przez lekarza patomorfologa;
- 22) **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 SWU 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 SWU 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 SWU za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej ani sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiologicznych;

- 23) **okres ubezpieczenia** – okres udzielania Ci ochrony ubezpieczeniowej przez nas, jest to okres równy pierwotnemu okresowi, na jaki zawarłeś konsumentką umowę pożyczki z Providentem;
- 24) **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;
- 25) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 26) **pobyt w szpitalu w wyniku choroby** – potwierdzony dokumentacją medyczną Twój całodobowy pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni; w rozumieniu SWU pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Cię do szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze szpitala (liczone są dni kalendarzowe);
- 27) **pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną Twój 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 Cię do szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze szpitala (liczone są dni kalendarzowe);
- 28) **Regulamin** – Regulamin usług medycznych, stanowiący załącznik nr 1 do tych SWU;
- 29) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ci samodzielne funkcjonowanie;
- 30) **składka** – kwota obliczona zgodnie z umową ubezpieczenia, należna nam z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej jednemu ubezpieczonemu w całym okresie ubezpieczenia, na podstawie jednej deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
- 31) **suma ubezpieczenia** – górna granica naszej odpowiedzialności z tytułu wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 32) **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, szpitala i oddziału dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, szpitala i oddziału leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka, w tym szpitala, sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego ani oddziału i ośrodka rehabilitacji, ani ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwicy;

- 33) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51;
- 34) **ubezpieczający** – Provident Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4A;
- 35) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, będąca klientem ubezpieczającego, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, na rzecz której ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 36) **umowa ubezpieczenia** – Umowa grupowego ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA dla klientów Provident Polska S.A. zawarta pomiędzy Towarzystwem a ubezpieczającym;
- 37) **utrata (organu lub funkcji danego organu)** – amputacja lub całkowita i trwała utrata funkcji danego organu;
- 38) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma działalności człowieka, podejmowana dobrowolnie w celu rywalizacji sportowej lub dla uzyskania maksymalnych wyników sportowych, obejmująca treningi, udział w zawodach, imprezach, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu;
- 39) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, który miał miejsce na drodze publicznej w rozumieniu przepisów prawa, albo nieszczęśliwy wypadek w ruchu powietrznym lub wodnym, któremu uległ jako:
- a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym – motorowerem, pojazdem silnikowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - b) rowerzystą,
 - c) pieszy;
- 40) **zdarzenie medyczne:**
- a) nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie, uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego zgodnie z Regulaminem usług medycznych, tj.:
 - Wizyta lekarza pierwszego kontaktu,
 - Dostarczenie leków,
 - Refundacja leków,
 - Wizyta u lekarza specjalisty,
 - Wizyta u lekarza rehabilitacji,
 - Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu,
 - Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego,
 - Transport do placówki medycznej,
 - Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania,
 - Transport pomiędzy placówkami medycznymi,
 - Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu,
 - b) przebywanie na kwarantannie, zachorowanie na chorobę epidemiczną, wypadek komunikacyjny, śmierć małżonka/partnera, wstępnego lub zstępnego, zachorowanie na nowotwór złośliwy lub raka in situ, uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego zgodnie z Regulaminem usług medycznych, tj.:
 - Wizyta u psychologa lub psychiatry;
- 41) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które miały miejsce w okresie udzielania przez nas ochrony ubezpieczeniowej: pobyt w szpitalu w wyniku choroby, pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT), całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji, inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku, złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz zdarzenie medyczne, którego dzień wystąpienia miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, a także potrzeba medyczna

powstała w okresie ubezpieczenia i zgłoszona w tym okresie do Centrum Alarmowego Towarzystwa zgodnie z Regulaminem usług medycznych;

- 42) **złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku stwierdzone przez lekarza i potwierdzone dokumentacją medyczną, wskazane w tabeli złamań zawartej w SWU.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

SWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu UNIQA TU z 1 lutego 2022 r.

DANE KONTAKTOWE

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

Chcesz zgłosić roszczenie

- wniosek roszczeniowy dostępny jest na stronie uniqa.pl
- napisz na adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie
- wyślij zgłoszenie e-mailem na adres: wyplaty.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 www.uniqa.pl/reklamacje
- na piśmie – osobiście w jednostce obsługującej klientów, w tym w jednostce pod adresem: UNIQA TU S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo przesyłką pocztową na adres:
UNIQA TU S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

ZAŁĄCZNIK NR 1 – REGULAMIN USŁUG MEDYCZNYCH

Zakres świadczeń medycznych

§ 1

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w niniejszym regulaminie (dalej: Regulamin) oraz SWU.
2. Przedmiotem świadczeń medycznych jest organizacja albo organizacja i pokrycie przez Towarzystwo kosztów świadczeń medycznych określonych w Regulaminie. Świadczenia medyczne realizowane są na rzecz ubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Alarmowego Towarzystwa, w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia jednego z następujących zdarzeń medycznych:
 - 1) nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:
 - a) Wizyta lekarza pierwszego kontaktu,
 - b) Dostarczenie leków,
 - c) Refundacja leków,
 - d) Wizyta u lekarza specjalisty,
 - e) Wizyta u lekarza rehabilitacji,
 - f) Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu,
 - g) Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego,
 - h) Transport do placówki medycznej,
 - i) Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania,
 - j) Transport pomiędzy placówkami medycznymi,
 - k) Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu;
 - 2) przebywania na kwarantannie, zachorowania na chorobę epidemiczną, wypadku komunikacyjnego, śmierci małżonka/partnera, wstępnego lub zstępnego, zachorowania na nowotwór przedinwazyjny lub nowotwór in situ:
 - a) Wizyta u psychologa lub psychiatry.
3. Ponadto w okresie ubezpieczenia, w razie zajścia okoliczności uzasadniającej uzyskanie przez ubezpieczonego informacji medycznej (potrzeba medyczna), Towarzystwo udzieli na zasadach ustalonych w § 4 ust. 1 Regulaminu odpowiedniej informacji w ramach świadczenia medycznego „Medyczna Platforma Informacyjna”.
4. Świadczeniami medycznymi objęte są wyłącznie zdarzenia medyczne zaistniałe na terytorium Polski, a wszystkie świadczenia w ramach umowy ubezpieczenia realizowane są na terytorium Polski;
5. W razie zajścia zdarzenia medycznego, o którym mowa w ust. 2, ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia medyczne, zgodnie z opisem danego świadczenia:
 - 1) Wizyta lekarza pierwszego kontaktu,
 - 2) Dostarczenie leków,
 - 3) Refundacja leków,
 - 4) Wizyta u lekarza specjalisty,
 - 5) Wizyta u lekarza rehabilitacji,
 - 6) Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu,
 - 7) Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego,
 - 8) Transport do placówki medycznej,
 - 9) Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania,
 - 10) Transport pomiędzy placówkami medycznymi,

- 11) Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu,
 - 12) Wizyta u psychologa lub psychiatry.
6. Towarzystwo spełnia świadczenie medyczne do wysokości limitów świadczeń lub limitu zdarzeń określonych w Regulaminie. Spełnienie każdego świadczenia powoduje zmniejszenie limitu świadczeń.
7. Wszystkie świadczenia realizowane są w następstwie zaistnienia zdarzenia medycznego określonego dla danego świadczenia oraz z uwzględnieniem warunków dodatkowych i w zakresie szczegółowo uregulowanym w opisie poszczególnych świadczeń.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych

§ 2

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie medyczne jest następstwem:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru oraz działania wojennego, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroryzmu oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 2) spożycia przez ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia od 0,2‰ alkoholu we krwi albo do obecności od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia medycznego lub zwiększenie jego skutków;
 - 3) zażycia przez ubezpieczonego narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia medycznego lub zwiększenie jego skutków;
 - 4) chorób psychicznych ubezpieczonego (wyłączenie nie dotyczy wymienionych zdarzeń ubezpieczeniowych uprawniających do skorzystania z pomocy psychologa/psychiatry);
 - 5) próby samobójczej ubezpieczonego;
 - 6) uczestnictwa ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
 - 7) umyślnego działania ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 8) rażącego niedbalstwa ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolnione z obowiązku zwrotu wszelkich kosztów, jeżeli ubezpieczony nie wykonał uprzedniego zgłoszenia żądania spełnienia świadczenia do Centrum Alarmowego Towarzystwa i poniósł koszty samodzielnej organizacji usług medycznych bez porozumienia z Centrum Alarmowym Towarzystwa, chyba że skontaktowanie się z Centrum Alarmowym Towarzystwa było niemożliwe z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego.
3. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są zdarzenia medyczne, które są skutkiem (pozostają w adekwatnym związku przyczynowym) chorób, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia, będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 12 pierwszych miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja ani organizacja i pokrycie kosztów:
 - 1) leczenia obrażeń ciała lub chorób, których zaistnienie nie jest związane ze zdarzeniem medycznym;
 - 2) leczenia sanatoryjnego.
5. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja ani organizacja i pokrycie kosztów świadczeń, jeżeli zdarzenie medyczne jest następstwem:
 - 1) operacji plastycznych, zabiegów ze wskazań kosmetycznych, helioterapii;

- 2) chorób wenerycznych, AIDS i zakażenia wirusem HIV;
- 3) zabiegu usuwania ciąży (aborcja);
- 4) sztucznego zapłodnienia i każdego innego leczenia bezpłodności, ani koszty związane z zakupem środków antykoncepcyjnych;
- 5) poddania się leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było związane ze zdarzeniem medycznym (nagłym zachorowaniem lub niebezpiecznym wypadkiem).
6. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - 1) wyczynowego uprawiania sportu;
 - 2) uprawiania przez ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za działania lub zaniechania lekarzy, fizjoterapeutów oraz pielęgniarek, u których lub których zorganizowało wizyty, zgodnie z Regulaminem.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki braku zastosowania się przez ubezpieczonego do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa.
9. Informacje udzielane w ramach świadczenia „Medyczna Platforma Informacyjna” mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
10. W przypadku świadczenia „Dostarczenie leków” Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niezrealizowanie lub niewystarczające zrealizowanie świadczenia „Dostarczenie leków” w przypadku braku dostępności leków w aptekach zlokalizowanych w promieniu 50 km od miejsca pobytu ubezpieczonego.
11. W przypadku świadczeń medycznych wymagających zwolnienia służb medycznych, udzielających pomocy medycznej ubezpieczonemu w związku z zaistnieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia ubezpieczonego, udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez ubezpieczonego pisemnej zgody na powyższe w stosunku do Towarzystwa i podmiotów działających w jego imieniu. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, pod warunkiem że niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz na udostępnienie dokumentacji z leczenia.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie lub opóźnienie w wykonaniu świadczenia medycznego, jeśli opóźnienie lub niemożność wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami nadzwyczajnymi i niezależnymi od Towarzystwa, takimi jak strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego, siła wyższa, anomalie pogodowe, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych, ograniczonym lub niemożliwym dostępem do ubezpieczonego, względnie do miej-

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

Obowiązki ubezpieczonego

§ 3

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia medycznego, przed podjęciem działań we własnym zakresie, ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym Towarzystwa, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu +48 22 575 95 97;
 - 2) podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń medycznych, a w szczególności:
 - a) PESEL,
 - b) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - c) określić miejsce zdarzenia,
 - d) określić miejsce pobytu lub miejsce zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,
 - e) telefon kontaktowy,
 - f) rodzaj wymaganej pomocy,
 - g) opis okoliczności zaistnienia zdarzenia medycznego;
 - 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Towarzystwa, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe 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 z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakres świadczeń medycznych, Towarzystwo może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

Opisy świadczeń w ramach ubezpieczenia medycznego

§ 4

1. **Medyczna Platforma Informacyjna**
 - 1) Na wniosek ubezpieczonego, w razie wystąpienia potrzeby medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na wymienione niżej tematy:
 - a) NATYCHMIASTOWA POMOC – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania,
 - b) UKĄSZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
 - c) JEDNOSTKI CHOROBOWE – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Polski,
 - d) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diety (np. zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowe, cukrzycowe, ubogobiałkowe, bogatobiałkowe, niskokaloryczne, niskocholesterolowe, redukcyjne), zdrowe odżywianie, aktywne spędzanie czasu wolnego, walka ze stresem, odpoczynek i sen,
 - e) PROFILAKTYKA – profilaktyka zachorowań na grype, profilaktyka antynikotynowa,
 - f) OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
 - g) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,

- h) BADANIA KONTROLNE – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - i) LEKI – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziom refundacji leków,
 - j) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cenkach),
 - k) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowania medyczne dotyczące poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - l) GRUPY WSPARCIA – grupy wsparcia, telefony zaufania na terytorium Polski świadczące pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, rodzicom ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
 - m) DZIAŁANIA ZWIĄZANE Z PODRÓŻĄ – działania, które należy podjąć przed podróżą i w trakcie podróży, np. szczepienia, zagadnienia związane ze specyfiką danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.
- 2) Ponadto w ramach świadczenia Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.
 - 3) Centrum Alarmowe Towarzystwa udzieli informacji na temat danych teledresowych działających na terytorium Polski:
 - a) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa,
 - b) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - c) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych) znajdujących się na terytorium Polski i rekomendowanych przez Centrum Alarmowe Towarzystwa,
 - d) aptek znajdujących się na terytorium Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - e) placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - f) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
 - 4) Świadczenie nie jest ograniczone limitem.

2. Wizyta lekarza

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony wymaga pomocy lekarskiej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty dojazdu i wizyty lekarza (wyłącznie internisty, pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej) w miejscu pobytu ubezpieczonego lub wizyty u lekarza specjalisty.
- 2) Świadczenie przysługuje wyłącznie 2 razy na jedno zdarzenie medyczne. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia z tytułu najwyższej czterech zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

3. Dostarczenie leków

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, ubezpieczony (z uwagi na swój stan zdrowia) nie może opuszczać

miejsca pobytu, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do miejsca pobytu ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza prowadzącego. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego Towarzystwa recepty niezbędnej do wykupienia leków.

2) Świadczenie przysługuje wyłącznie 2 razy w okresie 12-miesięcznego okresu ochrony.

4. Refundacja leków

1) Przy organizacji przez ubezpieczyciela świadczenia „Dostarczenie leków”, o którym mowa w ust. 3, Towarzystwo pokrywa koszty dostarczonych leków do kwoty 300 zł. Powyżej tej kwoty koszt nabycia leków pokrywa ubezpieczony. Refundacja leków dotyczy tylko leków z recepty.

2) Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia refundacji leków, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

5. Wizyta u lekarza rehabilitacji

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

2) Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie dwie wizyty u lekarza rehabilitacji, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

6. Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu

1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego – Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku gdy miejscem pobytu jest placówka medyczna.

2) Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie dwie 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, której czas trwania nie przekracza trzech godzin.

7. Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego

1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszt wypożyczenia albo zakupu oraz transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadku gdy miejscem pobytu jest placówka medyczna.

2) Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia, wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty 300 zł.

3) Ubezpieczonemu przysługuje wyłącznie jedno świadczenie dostarczenia i pokrycia kosztów sprzętu rehabilitacyjnego, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

8. Transport do placówki medycznej

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

2) Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu do placówki medycznej, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

9. Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony przebywa w placówce medycznej i – zgodnie z dokumentacją medyczną – wymaga transportu z placówki medycznej do miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
- 2) Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu z placówki medycznej do miejsca zamieszkania, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

10. Transport pomiędzy placówkami medycznymi

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony znalazł się w placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia, lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty transportu ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Alarmowego Towarzystwa, i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia ubezpieczonego. W przypadku gdy ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabiegi lub badania do innej placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do placówki medycznej, w której ubezpieczony jest leczony.
- 2) Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu pomiędzy placówkami medycznymi, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

11. Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu

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

12. Wizyta u psychologa lub psychiatry

- 1) Jeżeli w następstwie zdarzenia medycznego ubezpieczony wymaga pomocy psychologa albo psychiatry, Centrum Alarmowe Towarzystwa ją zorganizuje i pokryje koszty wizyty u psychologa lub psychiatry.
- 2) Danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie cztery wizyty u psychologa albo psychiatry w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

Roszczenia regresowe

§ 5

1. Z dniem spełnienia świadczenia przechodzi na Towarzystwo przysługujące ubezpieczonemu roszczenie wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, do wysokości spełnionego przez Towarzystwo świadczenia (roszczenie regresowe).
2. Jeżeli Towarzystwo pokryło tylko część szkody, ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń co do pozostałej części szkody przed roszczeniem Towarzystwa.

3. Nie przechodzą na Towarzystwo roszczenia ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, wobec osób, z którymi ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Towarzystwu przy dochodzeniu roszczeń regresowych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.
5. W razie zrzeczenia się, bez zgody Towarzystwa, przez ubezpieczonego praw przysługujących mu roszczeń wobec osób trzecich z tytułu wyrządzonych szkód, Towarzystwo może odmówić spełnienia świadczenia, odpowiednio w całości lub części, lub zażądać zwrotu już spełnionego świadczenia.

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

Potrzebujesz:



konsultacji
lekarzy
specjalistów



rehabilitacji
lub sprzętu
rehabilitacyjnego



dostarczenia
leków



transportu
medycznego

Zadzwoń
na infolinię
medyczną:
22 575 95 97*

Jak złożysz wniosek o świadczenie pieniężne



Zgłoś roszczenie
przez stronę
internetową uniqa.pl

lub



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



Wnioski wyślij do UNIQA TU S.A.,
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance
i Programy Partnerskie

Jak uzyskać dodatkowe informacje na temat ubezpieczenia



Potrzebujesz
więcej informacji
na temat
ubezpieczenia:



zadzwoń na infolinię UNIQA:
22 599 95 22*

lub



napisz:
umowy.ubezpieczenia@uniqa.pl

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych