



Szczególne warunki ubezpieczenia



**Pakiet Medyczny
dla Klientów
Providenta**

Indeks PR/2020/01

Drogi Kliencie,

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

Przekazujemy w Twoje ręce komplet informacji dotyczący „Pakietu Medycznego 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 MEDYCZNY 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 Medycznego można skorzystać zarówno w miejscu zamieszkania, jak i podczas podróży lub wakacji na terenie Polski






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 CHOROBA

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
 pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	32 400 zł (180 zł/dzień od 3. dnia pobytu)
 pobyt w szpitalu w wyniku choroby (dla osób poniżej 75. roku życia)	16 200 zł (90 zł/dzień od 3. dnia pobytu)
 całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji (dla osób do 75. roku życia) lub	100 000 zł
 inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dla osób powyżej 75. roku życia)	
 złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Grupa III 400 zł Grupa II 1000 zł Grupa I 400 zł

Zgłoszenie roszczenia



Wypełniony formularz wniosku o wypłatę świadczenia, który jest dołączany do szczególnych warunków ubezpieczenia, wraz z niezbędną dokumentacją wysłać na adres:

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa

Z dopiskiem: **Obszar Bancassurance**







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	<p>lekarza pierwszego kontaktu w miejscu pobytu lub u lekarza specjalisty</p> <p>u lekarza rehabilitacji</p> <p>fizjoterapeuty w miejscu pobytu</p> <p>pielęgniarki w miejscu pobytu</p>	<p>maks. 4 zdarzenia, 2 świadczenia na zdarzenie (zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty)</p> <p>2 świadczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty</p> <p>2 świadczenia: maks. 3 h na 1 wizytę</p> <p>2 świadczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów dojazdu</p>
 TRANSPORT	do placówki medycznej z placówki medycznej pomiędzy placówkami medycznymi	<p>2 świadczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów</p> <p>2 świadczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów</p> <p>2 świadczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów</p>
 DODATKOWO	<p>refundacja leków (w połączeniu z dostarczeniem)</p> <p>dostarczenie lekarstw osobie niesamodzielnej</p> <p>dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego</p>	<p>2 świadczenia do 300 zł</p> <p>maks. 4 zdarzenia, 2 świadczenia na zdarzenie</p> <p>1 świadczenie: zorganizowanie i pokrycie kosztu organizacji sprzętu do kwoty 300 zł</p>

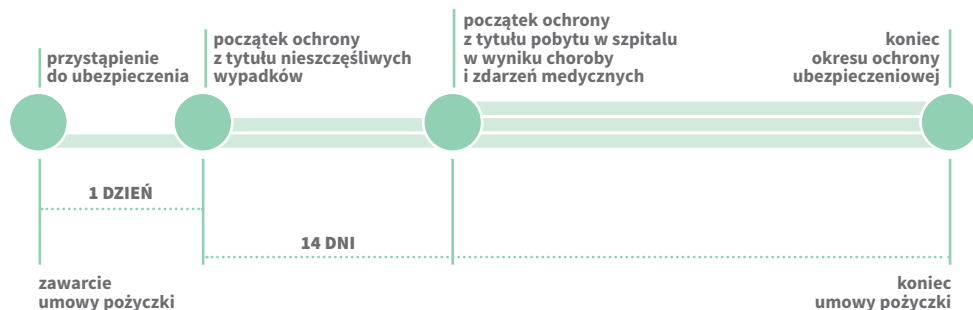
Zamówienie świadczenia



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





Wniosek o wypłatę świadczenia

z Umowy Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA
dla Klientów Provident Polska S.A.

Zgłaszane roszczenie dotyczy*:

- pobytu w szpitalu w wyniku choroby
- pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego
- inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL / data urodzenia

Seria i numer dokumentu tożsamości

- dowód osobisty
- paszport

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

DDMMRRR
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

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)

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: 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

Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem 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 „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” (Umowa Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA) i wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: 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:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz 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 i rokowania;
- 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 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:

– 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 uprawnionego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia „Pakiet Medyczny 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 wnioskuję do Towarzystwa o udzielanie mi odpowiedzi na reklamacje za pomocą trwałego nośnika. Wnioskuję 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.

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

 D D M M R R R R R R

Data _____ Miejscowość _____

Czytelny podpis Ubezpieczonego*

 D D M M R R R R R R

Data _____ Miejscowość _____

Czytelny podpis Uprawnionego
(jeżeli inny niż Ubezpieczony)

 D D M M R R R R R R

Data _____ Miejscowość _____

Czytelny podpis Zgłaszającego roszczenie
(jeżeli inny niż Ubezpieczony lub Uprawniony)

Prosimy przesłać druk zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: Obszar Bancassurance

* skreślić niewłaściwe

** zaznaczyć właściwe

*** nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci



W trosce o Twoje dane

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych (dotyczy zgłoszenia roszczenia)

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
2. Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
 - wykonania umowy ubezpieczenia, w tym np. rozpatrzenia roszczenia z umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a w zakresie, w jakim do wykonania umowy ubezpieczenia niezbędne jest przetwarzanie Państwa danych osobowych o stanie zdrowia (tzw. szczególne kategorie danych osobowych lub dane wrażliwe) – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że ta zgoda została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
 - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
 - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń;
 - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę AXA.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem rozpatrzenia roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność oceny zasadności roszczenia.
4. Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
 - a) do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
 - b) do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
 - c) do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.
5. AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
 - a) podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa;
 - b) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
6. Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).

Mogą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego, składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie axa.pl.

7. Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu w przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. Jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub Ustawy, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
9. Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail inspektor@axa.pl*



Ważne:

Treści oznaczone gwiazdką (*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r., bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.

Od dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – powoływanej powyżej jako Ustawa.



Informacja dla Klienta

Niniejszym potwierdzamy przyjęcie Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego świadczonego przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta”.

Przystępując do Umowy Grupowego Ubezpieczenia, złożył/-a Pan/Pani następujące oświadczenia (treść oświadczeń jest także dostępna na stronie internetowej: www.provident.pl/PakietMedyczny):

Oświadczenia

1. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie przeze mnie kosztu składki ubezpieczeniowej otrzymałem Szczególne warunki ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” – indeks PR/2020/01 (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 „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” – indeks PR/2020/01 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 innym trwałym nośniku*** 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:

- 1) przyczynie hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badań diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) przyczynie leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
- 3) wynikach przeprowadzonych konsultacji;
- 4) 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 udzieli 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.

7. Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych podanych powyżej przez AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, w celu przedstawienia mi informacji o Umowie ubezpieczenia w formie głosowej (np. połączenia telefonicznie) również przy użyciu automatycznych systemów wywołujących. Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie i nie wpływa na ważność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Ubezpieczony wyraża zgodę.

Tak Nie

 D D M M R R R R
Data

Podpis Ubezpieczonego

* zaznaczyć właściwe

** podanie danych jest dobrowolne

*** 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 niezminionej postaci



W trosce o Twoje dane

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych (dotyczy przystąpienia do ubezpieczenia)

1. Administratorem przekazanych przez Państwa danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
2. Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
 - zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy;
 - zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w zakresie obejmującym dane osobowe określone w art. 27 Ustawy, tj. dane wrażliwe – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że ta została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
 - oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest przepis prawa;
 - marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług;
 - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
 - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń;
 - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstw ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę AXA;
 - reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową ubezpieczenia zawartą z Państwem.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
 - a) do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
 - b) do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
 - c) do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.

Administrator zaprzestanie przetwarzania danych do celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i celów analitycznych, jeżeli zgłosi Państwo sprzeciw wobec przetwarzania Państwa danych w tych celach.

5. AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
 - a) podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa;
 - b) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
6. Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).

Mogą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego, składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie axa.pl.
7. Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu w przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. Jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia lub Ustawy, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
9. Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania. Profilowanie będzie się odbywać w celu przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia. Oznacza to, że dane osobowe niezbędne do przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia wykorzystane zostaną do oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego i wyliczenia adekwatnej do niego składki.

W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych decyzje dotyczące Państwa mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany (bez wpływu człowieka). W takiej sytuacji decyzje te mogą dotyczyć wysokości składki ubezpieczeniowej. Decyzje będą podejmowane w szczególności na podstawie Państwa danych, dotyczących stanu zdrowia i daty urodzenia. Decyzje mogą być oparte na profilowaniu, tj. automatycznej ocenie ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Państwem umowy ubezpieczenia.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej mają Państwo prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka).
10. Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail: inspektor@axa.pl*



Ważne:

Treści oznaczone gwiazdką (*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r., bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.

Do dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – poływanej powyżej jako Ustawa.



Formularz odstąpienia/wystąpienia

z Umowy Grupowego Ubezpieczenia Pakiet Medyczny
dla Klientów Provident Polska S.A.

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 niniejszego oświadczenia w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem że w odniesieniu do Klientów, którzy zawarli umowy pożyczki pieniężnej oraz skorzystali ze specjalnej oferty produktowej „Za 0 w miesiąc” i/lub przystąpili do Promocji „Za 0 w miesiąc z pożyczką wynajmowaną” oraz jednocześnie skorzystali z uprawnień wprowadzonego Regulaminem Promocji (tj. faktycznie skorzystali z oferty), termin ten wynosi 60 dni. W przypadku odstąpienia od ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługuje zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej.

Rezygnacja z ubezpieczenia jest skuteczna w przypadku złożenia niniejszego oświadczenia po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem że w odniesieniu do Klientów, którzy zawarli umowy pożyczki pieniężnej oraz skorzystali ze specjalnej oferty produktowej „Za 0 w miesiąc” i/lub przystąpili do Promocji „Za 0 w miesiąc z pożyczką wynajmowaną” oraz jednocześnie skorzystali z uprawnień wprowadzonego Regulaminem Promocji (tj. faktycznie skorzystali z oferty) termin, po którym Klient może zrezygnować, wynosi 60 dni. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługuje zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej należnej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Niniejszym upoważniam Provident Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4A do odbioru w moim imieniu od Towarzystwa oferującego ubezpieczenie, którego niniejsze oświadczenie dotyczy, należnego mi w wyniku odstąpienia/rezygnacji zwrotu składki ubezpieczeniowej.

Jednocześnie, w przypadku gdy niniejsze 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 niniejsze 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 należny zwrot składki ubezpieczeniowej bezpośrednio Ubezpieczonemu.

D D M M R R R R

Data

Podpis Ubezpieczonego

* Niniejszy formularz ma zastosowanie do Grupowego Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny” (AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 51).

Formularz do SWU

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

Szczegółne warunki ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta”
– indeks PR/2020/01.

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	SWU: § 2; § 3 ust. 1 i 2 § 4 ust. 1; § 7 ust. 1, ust. 3, ust. 6–8 Tabela nr 1 – Tabela inwalidztwa Tabela nr 2 – Tabela złamań Regulamin usług medycznych: § 1 ust. 2–5; § 3 ust. 1 § 4 ust. 1, ust. 2 pkt 1), ust. 3 pkt 1), ust. 4 pkt 1), ust. 5 pkt 1), ust. 6 pkt 1), ust. 7 pkt 1), ust. 8 pkt 1), ust. 9 pkt 1), ust. 10 pkt 1) i ust. 11 pkt 1)
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	SWU: § 4 ust. 2–4; § 5 ust. 4 § 7 ust. 5; § 9 Regulamin usług medycznych: § 2; § 3 ust. 2 § 4 ust. 2 pkt 2), ust. 3 pkt 2), ust. 4 pkt 2), ust. 5 pkt 2), ust. 6 pkt 2) i 3), ust. 7 pkt 2) i 3), ust. 8 pkt 2), ust. 9 pkt 2), ust. 10 pkt 2) i ust. 11 pkt 2) § 5 ust. 5

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” o indeksie PR/2020/01 (SWU) regulują zasady, na jakich AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. obejmuje ochroną ubezpieczeniową Klientów Provident Polska S.A.

Definicje

§ 2

Określenia użyte w SWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **amputacja** – całkowita anatomiczna strata (usunięcie) narządu;
- 2) **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;
- 3) **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;
- 4) **choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentyście, przy czym rozpoznanie może być utrwalone także w formie akronimu albo pod postacią kodu ICD-10;
- 5) **data przystąpienia do ubezpieczenia** – data złożenia Ubezpieczającemu deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
- 6) **deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia** – pisemne oświadczenie Ubezpieczonego, w którym wyraża wolę objęcia go ochroną ubezpieczeniową, świadczoną przez Towarzystwo w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA;
- 7) **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) całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji:
 - 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 istnienia niezdolności do pracy albo odpowiednio
 - 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 istnienia niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji,
 - d) inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dzień nieszczęśliwego wypadku, w konsekwencji którego doszło do powstania inwalidztwa,
 - e) złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dzień złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - f) zdarzenie medyczne lub potrzeba medyczna – odpowiednio dzień nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub powstania potrzeby medycznej;
- 8) **inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – trwałe upośledzenie funkcji organizmu, którego zakres został wskazany w Tabeli nr 1 – Tabela inwalidztwa zawartej w niniejszych SWU, będące skutkiem nieszczęśliwego wypadku;

- 9) **Klient** – osoba fizyczna, która zawarła z Provident Polska S.A. konsumencką umowę pożyczki ze splatą tygodniową lub miesięczną (zwaną dalej również „konsumencką umową pożyczki”);
- 10) **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;
- 11) **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;
- 12) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- 13) **miejsce pobytu** – adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który wskazał Ubezpieczony, zgłaszając do Centrum Usług Medycznych zdarzenie medyczne, w którym lub do którego ma być świadczona usługa medyczna;
- 14) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia poprzez podanie dokładnego adresu;
- 15) **nagle zachorowanie** – powstała w sposób nagły choroba, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia, powodująca konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagająca interwencji pogotowia ratunkowego;
- 16) **niedowład** – całkowita i trwała utrata nerwu;
- 17) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia i spowodowało fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego, przy czym nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych SWU zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego; na potrzeby świadczeń medycznych jest to dodatkowo zdarzenie skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej, jednak niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;
- 18) **okres ubezpieczenia** – okres udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo;
- 19) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 20) **pobyt w szpitalu w wyniku choroby** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni; w rozumieniu niniejszych SWU pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze szpitala (liczone są dni kalendarzowe);
- 21) **pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego do szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze szpitala (liczone są dni kalendarzowe);
- 22) **Regulamin** – Regulamin usług medycznych, stanowiący załącznik do niniejszych SWU;
- 23) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
- 24) **składka** – kwota obliczona zgodnie z umową ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej jednemu Ubezpieczonemu w całym okresie ubezpieczenia, na podstawie jednej deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;

- 25) **suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 26) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka, w tym szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego, a także oddziału i ośrodka rehabilitacji oraz ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic;
- 27) **Towarzystwo** – AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Chtodnej 51;
- 28) **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 jakiejkolwiek 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 Ubezpieczonego, 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;
- 29) **Ubezpieczający** – Provident Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4A;
- 30) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, będąca Klientem Ubezpieczającego, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 31) **umowa ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA dla Klientów Provident Polska S.A. zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym;
- 32) **Uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego;
- 33) **utrata** (organu lub funkcji danego organu) – amputacja lub całkowita i trwała utrata funkcji danego organu;
- 34) **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;
- 35) **zdarzenie medyczne** – nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie, uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego zgodnie z Regulaminem usług medycznych;
- 36) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo: pobyt w szpitalu w wyniku choroby, pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, 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 w ramach Medycznego Centrum Informacyjnego zgodnie z Regulaminem usług medycznych;
- 37) **złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzone przez lekarza i potwierdzone dokumentacją medyczną, wskazane w Tabeli nr 2 – Tabela złamań zawartej w niniejszych SWU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zapłatę określonej w SWU kwoty w przypadku:
 - 1) pobytu w szpitalu w wyniku choroby – dla Ubezpieczonych do 75. roku życia, albo
 - 2) pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, oraz
 - 3) w zależności od wieku Ubezpieczonego:
 - a) całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego – dla Ubezpieczonych do 75. roku życia, albo
 - b) inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dla Ubezpieczonych powyżej 75. roku życia, oraz
 - 4) złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, oraz
 - 5) zorganizowania lub zorganizowania i pokrycia kosztów w przypadku zajścia zdarzenia medycznego lub potrzeby medycznej zgodnie z Regulaminem usług medycznych.
3. Wiek Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 2, ustala się na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Przystępowanie do ubezpieczenia

§ 4

1. Do ubezpieczenia jako Ubezpieczony może przystąpić osoba fizyczna, będąca Klientem, która:
 - 1) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 95. roku życia;
 - 2) posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) złożyła deklarację przystąpienia do ubezpieczenia, wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Towarzystwo oświadczeniami objętymi formularzem tej deklaracji.
2. Osobom, które nie spełniają warunków określonych w ust. 1, Towarzystwo nie udziela ochrony ubezpieczeniowej, nawet jeżeli Ubezpieczający przyjął deklarację przystąpienia do ubezpieczenia i opłacił składkę za taką osobę. W razie ujawnienia takiego przypadku składka ubezpieczeniowa podlega zwrotowi.
3. W ramach jednej konsumenckiej umowy pożyczki do ubezpieczenia może przystąpić tylko jeden Ubezpieczony na podstawie jednej deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
4. Ubezpieczony w tym samym czasie może być obejmowany ochroną w ramach ubezpieczenia w związku z zawarciem nie więcej niż czterech umów pożyczki.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się następnego dnia po dacie przystąpienia do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po dniu zawarcia konsumenckiej umowy pożyczki, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Okres ubezpieczenia to pierwotny okres, na jaki została zawarta konsumencka umowa pożyczki pomiędzy Ubezpieczającym a Klientem, z zastrzeżeniem ust. 3–6 poniżej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ryzyka pobyt w szpitalu w wyniku choroby oraz zdarzeń medycznych rozpoczyna się po upływie 14 dni od dnia określonego w ust. 1 i kończy się z upływem pierwotnego okresu, na jaki została zawarta konsumencka umowa pożyczki.
4. Towarzystwo przestaje świadczyć ochronę ubezpieczeniową Ubezpieczonemu z upływem dnia, w którym:
 - 1) Ubezpieczający i Towarzystwo rozwiązały umowę ubezpieczenia, przy czym w takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa nie wygaśnie wcześniej niż z upływem okresu, za który została opłaconą składka;

- 2) Ubezpieczający odstąpił od umowy ubezpieczenia;
 - 3) Ubezpieczony złożył oświadczenie o odstąpieniu od ubezpieczenia;
 - 4) upłynął dzień następujący po dniu, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia;
 - 5) zakończył się okres ubezpieczenia;
 - 6) Ubezpieczony zmarł;
 - 7) Ubezpieczony ukończył 95. rok życia;
 - 8) umowa ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego została rozwiązana wskutek nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego – na zasadach i w trybie określonych w umowie ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.
 6. Ubezpieczony może w ciągu 30 dni od dnia przystąpienia do ubezpieczenia odstąpić od ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu, a Ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej składki. Warunkiem skutecznego odstąpienia od ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia.
 7. Ubezpieczony, po upływie 30 dni od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, może wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem następującym po dniu złożenia pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony. Warunkiem skutecznego wystąpienia jest złożenie przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.
 8. Wcześniejsza całkowita spłata przez Ubezpieczonego pożyczki konsumenckiej zawartej z Ubezpieczającym nie powoduje jednoczesnego odstąpienia od ubezpieczenia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana, chyba że Ubezpieczony złoży jednocześnie odpowiednie oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia lub wystąpieniu z umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 5, 6 i 7 powyżej.

Sumy ubezpieczenia

§ 6

1. Sumy ubezpieczenia lub limity świadczeń są określone dla poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby wynosi 16 200 zł.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 32 400 zł.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji wynosi 100 000 zł.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 100 000 zł.
6. Suma ubezpieczenia z tytułu złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi:

Grupa I	400 zł
Grupa II	1 000 zł
Grupa III	4 000 zł

7. Sumy ubezpieczenia i limity świadczeń dla zdarzeń medycznych zostały wskazane w Regulaminie usług medycznych.
8. Sumy ubezpieczenia i limity świadczeń dla zdarzeń medycznych ulegają odnowieniu po 12-miesięcznym okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem dalszego świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 7

Pobyt w szpitalu w wyniku choroby

1. W razie pobytu w szpitalu w wyniku choroby, gdy dzień wystąpienia tego zdarzenia miał miejsce w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie w kwocie równej 90 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z wyłączeniem pierwszych dwóch dni, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.

Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

3. W razie pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, gdy dzień wystąpienia tego zdarzenia miał miejsce w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie w kwocie równej 180 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z wyłączeniem pierwszych dwóch dni, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.
4. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
5. Sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby oraz pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie sumują się. Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie – albo z tytułu pobytu w szpitalu albo z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji

6. W przypadku całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w § 6 ust. 4.

Inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku

7. W przypadku inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który to wypadek miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości odpowiadającej iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa i procentu inwalidztwa określonego w Tabeli nr 1 – Tabeli inwalidztwa, obowiązującej w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku

8. W przypadku złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia przewidzianej dla danej grupy złamań, zgodnie z Tabelą nr 2 – Tabelą złamań, obowiązującej w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną złamania kości.
9. Towarzystwo z tytułu złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w § 6 ust. 6, jeżeli przyczyną złamania kości Ubezpieczonego były fizyczne obrażenia ciała doznane w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Zdarzenia medyczne

10. W razie zdarzenia medycznego, którego dzień wystąpienia miał miejsce w okresie ubezpieczenia rozpoczynającym się w dniu, o którym mowa w § 5 ust. 3, a także potrzeby medycznej powstałej w okresie ubezpieczenia i zgłoszonej w tym okresie do Medycznego Centrum Informacyjnego, Towarzystwo zorganizuje świadczenie medyczne zgodnie z Regulaminem usług medycznych.

Składka

§ 8

1. Wysokość składki jest określona w umowie ubezpieczenia.
2. Zobowiązany do zapłaty składki jest wyłącznie Ubezpieczający.
3. Składka za wszystkich Ubezpieczonych opłacana jest w terminach uzgodnionych z Ubezpieczającym, przelewem na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy.
4. Składka ustalana jest w oparciu o długość trwania i rodzaj pożyczki (tygodniowa lub miesięczna).

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 9

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli całkowita niezdolność do pracy albo całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 4) choroby lub niepełnosprawności: choroby niedokrwienne serca, zawał serca, choroba wieńcowa, choroby tętnic, miażdżyca 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 nerwic;
 - 7) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 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 Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 11) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodą na głę-

bokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;

- 12) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli inwalidztwo Ubezpieczonego jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 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 Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 7) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 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.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 3) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezalecanych 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 Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 6) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 7) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 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 niepełnosprawności Ubezpieczonego zdiagnozowanych lub leczonych przed dniem wystąpienia do ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. 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.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.

Wypłata świadczenia

§ 10

1. Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsportną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 1.
4. Wszelkie wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej lub przekazem pocztowym, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczonego.
5. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie choroby jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - 3) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
6. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem;
 - 3) opisu okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) kopii 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 kopii postanowienia o umorzeniu postępowania);
 - 5) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
7. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) opisu okoliczności zdarzenia;
 - 3) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 4) kopii orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego całkowitą niezdolność do pracy albo całkowitą niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego;
 - 5) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem w ciągu 24 miesięcy przed objęciem ochroną;
 - 6) kopii 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 kopii postanowienia o umorzeniu postępowania).
8. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) opisu okoliczności zdarzenia;
 - 3) kopii opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital);
 - 4) kopii 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 kopii postanowienia o umorzeniu postępowania);

- 5) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem;
- 6) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
9. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu złamania kości w wyniku несчастliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem;
 - 3) protokołu opisującego okoliczności zdarzenia;
 - 4) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
10. Jeżeli Uprawniony nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny tej osoby są dodatkowo zobowiązani przedstawić:
 - 1) dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad Uprawnionym;
 - 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego Uprawnionego.
11. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
12. Kopie dokumentów, o których mowa w ustępach 5–10 niniejszego paragrafu, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracownika Ubezpieczającego lub notariusza albo pracownika Towarzystwa.
13. Kopia dokumentacji medycznej może być również potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
14. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
15. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, Ubezpieczony przesyła bezpośrednio do Towarzystwa na poniższy adres:

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
Z dopiskiem: Obszar Bancassurance
16. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numery telefonu 22 599 95 22 (koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych), w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni wolnych od pracy, lub na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl.

Podstawowe obowiązki Ubezpieczającego i Towarzystwa

§ 11

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielania Ubezpieczonemu informacji o warunkach ochrony w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego, w tym doręczenia niniejszych SWU, a także do udostępniania mu druków deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, wniosku o wypłatę świadczenia,

formularza odstąpienia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia oraz do przyjmowania od Ubezpieczonego oświadczeń o odstąpieniu lub wystąpieniu z umowy ubezpieczenia i przekazywania ich Towarzystwu.

3. Towarzystwo zobowiązane jest do doręczenia Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku niniejszych SWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Ponadto Towarzystwo zobowiązane jest do prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Reklamacje

§ 12

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia może wносить reklamacje. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać w następujący sposób:
 - ustnie – telefonicznie pod numer telefonu 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl,
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela: AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo drogą pocztową na ten adres, z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA.
3. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów.
4. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
5. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, tj. AXA Ubezpieczenia Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., według właściwości określonej w § 13 ust. 1 i 2.
10. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji 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).

Właściwość sądowa

§ 13

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Konsument w sprawach ochrony swoich praw i interesów ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. O ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, ani nie sprzeciwia się to powszechnie obowiązującym przepisom prawa, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
2. Zmiana danych teled adresowych wskazanych w § 10 ust. 16 nie stanowi zmiany umowy.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU oraz umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
4. Opodatkowanie świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia regulują przepisy polskiego prawa podatkowego, w szczególności ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361).

§ 15

1. Niniejsze SWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 2/23/01/2020 z dnia 23 stycznia 2020 r.
2. Integralną część SWU stanowi Formularz do SWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. Załącznikami do SWU, stanowiącymi ich integralną część, są:
 - 1) Tabela nr 1 – Tabela inwalidztwa,
 - 2) Tabela nr 2 – Tabela złamań,
 - 3) Regulamin usług medycznych.

Tabela nr 1. 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%
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%

Rodzaj inwalidztwa	Procent inwalidztwa
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%

Tabela nr 2. Tabela złamań – grupy 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 twarzoczaszki
kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej oraz ogonowej)
kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nadkrętarzowe) oraz kości talerza biodrowego
kości kręgosłupa (wyłącznie kompresyjne złamania kręgu), z wyjątkiem wyrostków kolczystych i poprzecznych
kości udowej

Regulamin usług medycznych

Zakres świadczeń medycznych

§ 1

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w niniejszym Regulaminie oraz SWU.
2. Przedmiotem świadczeń medycznych jest organizacja albo organizacja i pokrycie przez Towarzystwo kosztów świadczeń medycznych określonych w niniejszym 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;
 - 2) nieszczęśliwego wypadku.
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 niniejszego Regulaminu odpowiedniej informacji w ramach świadczenia medycznego „Medyczna Platforma Informacyjna”.
4. Świadczeniami medycznymi objęte są wyłącznie zdarzenia medyczne zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a wszystkie świadczenia w ramach umowy ubezpieczenia realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
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 sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 8) Transport do placówki medycznej;
 - 9) Transport z placówki medycznej;
 - 10) Transport pomiędzy placówkami medycznymi;
 - 11) Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu.
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 terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³, o ile miało to w pływ 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;
 - 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 względom 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 lub 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 lub organizacja i pokrycie kosztów świadczeń, jeżeli zdarzenie medyczne jest następstwem:
 - 1) operacji plastycznych, zabiegów ze wskazań kosmetycznych, helioterapii;
 - 2) chorób wenerycznych, AIDS i zakażenia wirusem HIV;
 - 3) zabiegu usuwania ciąży (aborcja);
 - 4) sztucznego zapłodnienia i każdego innego leczenia bezpłodności, a także kosztów związanych 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 nieszczęśliwym wypadkiem).
 6. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - 1) wyczynowego uprawiania sportu;
 - 2) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytoczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobacyjne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe.

7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za działania lub zaniechania lekarzy, fizjoterapeutów oraz pielęgniarek, u których lub których zorganizowało wizyty, zgodnie z niniejszym Regulaminem.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa.
9. Informacje udzielane w ramach świadczenia „Medyczna Platforma Informacyjna” mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
10. W przypadku świadczenia „Dostarczenie leków” Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach w promieniu 50 km od miejsca pobytu.
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 iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej ani 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 miejsca 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 Assistance, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, 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 Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 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 grypę, profilaktyka antynikotynowa,
 - f) OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
 - g) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
 - h) BADANIA KONTROLNE – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - i) LEKI – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziom refundacji leków,
 - j) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
 - k) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowania medyczne dotyczące poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - l) GRUPY WSPARCIA – grupy wsparcia, telefony zaufania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczące pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, rodzicom ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
 - 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 zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.
- 3) Centrum Alarmowe Towarzystwa udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 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 Rzeczypospolitej Polskiej i rekomendowanych przez Centrum Alarmowe Towarzystwa,
 - d) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - e) placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - f) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
- 4) Świadczenie nie jest ograniczone limitem świadczenia.
- 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 najwyżej czterech zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym 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 na jedno zdarzenie medyczne. Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu najwyżej czterech zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym okresie ubezpieczenia.
- 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 tym samym 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 dwa świadczenia wizyty u lekarza rehabilitacji, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym 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 dwa świadczenia wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym okresie ubezpieczenia.
 - 3) Towarzystwo pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, której czas trwania nie przekracza trzech godzin.

- 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 pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego, bez względu na liczbę zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym 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 tym samym 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 tym samym 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 tym samym 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

tu Ubezpieczonego. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarstwa, 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 tym samym 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 Ubezpieczyciela świadczenia (roszczenie regresowe).
2. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył 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



lub



Pobierz wniosek o wypłatę świadczenia z broszury lub z axa.pl/centrum-klienta

Wypełnij wniosek, dołącz wskazane w nim dokumenty i wyślij do AXA

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

Jak uzyskać dodatkowe informacje na temat ubezpieczenia



lub



potrzebujesz więcej informacji na temat ubezpieczenia

zadzwoń na infolinię AXA:
22 599 95 22*

napisz:
ubezpieczenia@axa.pl

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych