

Szczególne warunki ubezpieczenia

Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta

indeks PR/2016/09/01

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	18 000 zł (100 zł/dzień od 3. dnia pobytu)
 pobyt w szpitalu w wyniku choroby (dla osób poniżej 75. roku życia)	9 000 zł (50 zł/dzień od 3. dnia pobytu)
 trwała i całkowita niezdolność do pracy albo trwała i 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 700 zł Grupa II 300 zł Grupa I 100 zł

Zgłoszenie roszczenia



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

AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
Z dopiskiem: **Obszar Bancassurance**







W razie pytań dzwoń: **801 200 200***

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych



ŚWIADCZENIA MEDYCZNE ZWIĄZANE Z NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM ORAZ NAGŁYM ZACHOROWANIEM

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

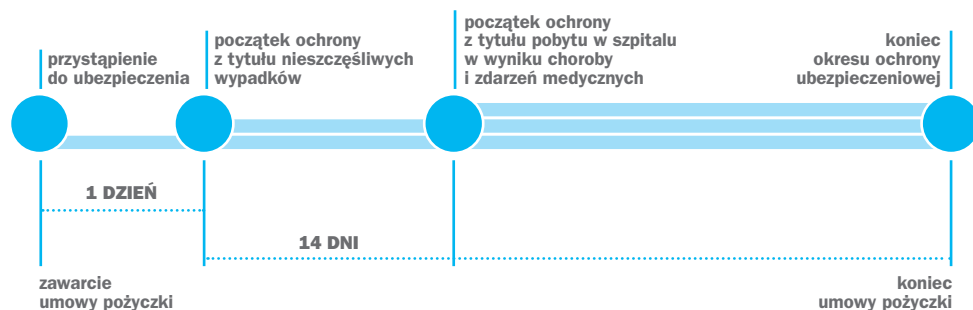
Zamówienie świadczenia



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





Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta

PROSTE KROKI DO ZŁOŻENIA WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA I KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH



Poznaj przykładowe sytuacje, w których możesz korzystać ze świadczeń i wsparcia finansowego.



Zobacz, jak łatwo i szybko można skorzystać z pomocy, na podstawie Szczególnych warunków ubezpieczenia.



Szczegóły Twojej ochrony, w tym wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności AXA, zostały określone w Szczególnych warunkach ubezpieczenia, które otrzymałeś od doradcy.



W razie pytań zadzwoń pod numer: **801 200 200***

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych

JAK SKORZYSTAĆ ZE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH JAK ZAMÓWIĆ WIZYTĘ LEKARZA I REFUNDACJĘ LEKÓW



Gdy nagle zachorujesz lub ulegniesz nieszczęśliwemu wypadkowi, zamów wizytę lekarza pierwszego kontaktu, nawet poza miejscem swojego zamieszkania, ale na terenie Polski.

Zadzwoń pod nr **22 575 95 97***

To całodobowa infolinia medyczna czynna 7 dni w tygodniu.



Przed rozmową przygotuj swój numer PESEL i numer kontaktowy do obsługi zlecenia. Konsultant zapyta o okoliczności zdarzenia, aby określić zakres możliwej pomocy medycznej.

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych



Konsultant ustali, jakiej pomocy potrzebujesz. Jeśli wystarczy wizyta lekarza pierwszego kontaktu, infolinia medyczna rozpocznie procedurę umawiania wizyty.



Po wizycie, jeśli lekarz wystawi receptę, a Ty zgodnie z zaleceniem lekarza, z uwagi na swój stan zdrowia, nie możesz opuścić miejsca pobytu i **zgłosisz ten fakt przez infolinię medyczną**, zajmiemy się zakupem lekarstw i ich dostarczeniem. Pokryjemy wtedy koszty zakupów lekarstw z recepty do wartości 300 zł.



Jeśli konieczna będzie wizyta u lekarza specjalisty, lekarz pierwszego kontaktu wystawi skierowanie. Zadzwoń na infolinię medyczną, która umówi dla Ciebie bezpłatną wizytę.

JAK OTRZYMAĆ ŚWIADCZENIE PIENIĘŻNE W PRZYPADKU ZŁAMANIA KOŚCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU



W przypadku złamania możesz otrzymać świadczenie pieniężne.



Wypełnij wniosek o wypłatę świadczenia i dołącz dokumenty wskazane w formularzu. Wniosek znajdziesz w broszurze ze Szczególnymi warunkami ubezpieczenia lub na **axa.pl/partnerzy**.



Wypełniony wniosek i dokumenty wyślij na adres:
AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance



W razie pytań zadzwoń pod numer **801 200 200***

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych



Po rozpatrzeniu wniosku AXA podejmie decyzję dotyczącą świadczenia.

JAK OTRZYMAĆ ŚWIADCZENIE PIENIĘŻNE W PRZYPADKU POBYTU W SZPITALU DŁUŻSZEGO NIŻ 2 DNI



Za pobyt w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku dłuższy niż 2 dni możesz otrzymać świadczenie pieniężne.



Wypełnij wniosek o wypłatę świadczenia i dołącz dokumenty wskazane w formularzu. Wniosek znajdziesz w broszurze ze Szczególnymi warunkami ubezpieczenia lub na **axa.pl/partnerzy**.



Wypełniony wniosek i dokumenty wyślij na adres:
AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance



W razie pytań zadzwoń pod numer **801 200 200***

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych



Po rozpatrzeniu wniosku AXA podejmie decyzję dotyczącą zasadności świadczenia.

Niniejszy materiał nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Ubezpieczycielem jest AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie.

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/2016/09/01

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/2016/09/01 (SWU) regulują zasady, na jakich AXA 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 dentystę, przy czym rozpoznanie może być utwalone 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) trwała i całkowita niezdolność do pracy albo trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji – 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 trwałej niezdolności do pracy albo odpowiednio 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 trwałej 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** – trwale 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, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 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 Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51;
- 28) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** albo **trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji**:
- a) trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, orzeczona na okres powyżej 12 miesięcy, stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego,
 - b) trwała i 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;
- 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 nagle 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, trwała i całkowita niezdolność do pracy albo trwała i 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) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo trwałej i 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 rozwiązali umowę ubezpieczenia, przy czym w takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa nie wygaśnie wcześniej niż z upływem okresu, za który została opłacona 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. 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 i 6 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 9 000 zł.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 18 000 zł.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo trwałej i 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	100 zł
Grupa II	300 zł
Grupa III	700 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 50 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 100 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.

Trwała i całkowita niezdolność do pracy albo trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji

6. W przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo trwałej i 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 trwała i całkowita niezdolność do pracy albo trwała i 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) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic;
 - 6) 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;
 - 7) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 8) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
 - 9) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 10) 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 rozu-

mie się sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, sporty powietrzne, downhill rowery, 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;

- 11) 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 rowery, 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 przystąpienia 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.

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 trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo trwałej i 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 trwałą i całkowitą niezdolność do pracy albo trwałą i 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 dorażnej (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 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) protokołu opisującego okoliczności zdarzenia;
 - 4) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
10. Jeżeli Uprawniony nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, przedstawiciel ustawy 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 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 +48 22 555 05 06 lub 801 200 200 (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 wnosić 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 22 555 05 06 lub 801 200 200 (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 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 Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., według właściwości określonej w § 13 ust. 1 i 2.

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

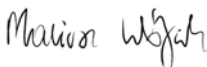
§ 14

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 odpowiednio 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 2/22/09/2016 z dnia 22 września 2016 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.

Członek Zarządu



Mariusz Wójcik

Członek Zarządu



Janusz Arczewski

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 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 wydechanym 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 względem słuszności.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolnione z obowiązku zwrotu wszelkich kosztów, jeżeli Ubezpieczony nie wykonał uprzedniego zgłoszenia żądania spełnienia świadczenia do Centrum Alarmowego Towarzystwa i poniósł koszty samodzielnej organizacji usług medycznych bez porozumienia z Centrum Alarmowym Towarzystwa, chyba że skontaktowanie się z Centrum Alarmowym Towarzystwa było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.
 3. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są zdarzenia medyczne, które są skutkiem (pozostają w adekwatnym związku przyczynowym) chorób, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia, będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 12 pierwszych miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia.
 4. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja 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 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, w szczególności 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, dzungla, 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. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.
12. 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 udostępnienia dokumentacji z leczenia.
13. 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 CHOROBY – 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, bogatoreszkowe, 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 zapewnia 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 Ubezpiezonego. 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 Ubezpiezonego, 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 Ubezpiezonego 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.

Dane dotyczące pobytu w szpitalu

Data pobytu w szpitalu: od do

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

Nazwa i adres szpitala, w którym leczyl się Ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Czy zostało zakończone leczenie?* Tak Nie

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

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

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

Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie, jeśli inny niż Ubezpieczony

Nazwisko

Imię

+48

Telefon komórkowy

+48

Telefon stacjonarny

E-mail

Adres korespondencyjny

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego:

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Przekaz pocztowy

Adres:

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z prawdą.

Data

Miejscowość

Podpis zgłaszającego roszczenie

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy o przekazanie do Towarzystwa oryginałów lub kopii następujących dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, 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
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości 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)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.

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

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- 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

Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Oświadczenie zgłaszającego roszczenie, jeśli inny niż Ubezpieczony

Zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu grupowego ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” (Umowa Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, przez AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: AXA), do celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia, a po jego rozpatrzeniu – do celów archiwalnych. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. jest administratorem moich danych osobowych.

- 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
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.

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
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.

Niniejszym oświadczam, że jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych i prawo ich poprawiania. Zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych obejmuje także przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania tych danych.

Data

Miejscowość

Podpis zgłaszającego roszczenie

Oświadczenia Ubezpieczonego

1. Zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu grupowego ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” (Umowa Grupowego Ubezpieczenia nr UBM/02/2016/BA) i zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy leczyli i opiekowali się mną, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.

2. Upoważniam AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. (dalej: Towarzystwo) do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia, w tym także do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej od każdego lekarza, u którego leczylem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwo przez lekarzy, placówki medyczne i podmioty wykonujące działalność leczniczą wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, w tym do przekazywania kopii dokumentacji medycznej, o które Towarzystwo będzie zapytywało w związku z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia.

Powyższe nie dotyczy wyników badań genetycznych.

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:

- 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 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.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób danych o stanie zdrowia.

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

3. Wyrażam zgodę na składanie przez Ubezpieczyciela w zakresie Umowy ubezpieczenia, przed przystąpieniem do niej, jak i po przystąpieniu, oświadczeń woli i wiedzy w zakresie związanym z wykonywaniem tej Umowy, w tym wysyłanie informacji w zakresie zmiany warunków Umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość oraz na trwałym nośniku, przekazanym drogą elektroniczną na adres e-mail albo drogą telefoniczną SMS-em. Jednocześnie wyrażam zgodę na użycie w tym celu podanego przeze mnie adresu e-mail.

Tak Nie

4. Niniejszym wnioskuję do Ubezpieczyciela 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.

 D D M M R R R R R

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

Prosimy przesłać druk zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

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

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: Obszar Bancassurance



więcej / niż standard

ubezpieczenia

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 Ubezpiezonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Data urodzenia

Odstąpienie/Wystąpienie

Prosimy wybrać i zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie oświadczenie.

Ja niżej podpisany(a) niniejszym oświadczam, że:

- odstępuję od Umowy pożyczki konsumenckiej oraz jednocześnie odstępuję od Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta”***
- odstępuję/występuję z Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta”****

Data

Podpis Klienta

* W związku z dokonaniem przeze mnie odstąpieniem od Umowy pożyczki konsumenckiej wskazanej we wstępie niniejszego formularza oraz w związku z odstąpieniem od Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta”, niniejszym upoważniam Provident Polska S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4A, do odbioru w moim imieniu od AXA Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, należnego mi w wyniku odstąpienia zwrotu składki ubezpieczeniowej uiszczonyj na poczet przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia oraz jednocześnie upoważniam Provident Polska S.A. do zaliczenia przedmiotowej sumy na rachunek bankowy, który wskazany został przeze mnie w celu wypłaty kwoty pożyczki wypłaconej mi na podstawie przedmiotowej Umowy pożyczki konsumenckiej.

** W związku z odstąpieniem/wystąpieniem z Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny dla Klientów Providenta” niniejszym upoważniam Provident Polska S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4A, do odbioru w moim imieniu od AXA Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, należnego mi w wyniku odstąpienia/wystąpienia zwrotu składki ubezpieczeniowej lub jej części uiszczonyj na poczet przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia oraz jednocześnie wnioskuję o wypłacenie mi przedmiotowej sumy przez Provident Polska S.A. z siedzibą w Warszawie gotówką za pośrednictwem Doradcy Klienta lub przelewem na rachunek bankowy, który wskazany został przeze mnie w celu wypłaty kwoty z tytułu Umowy pożyczki konsumenckiej wskazanej we wstępie niniejszego formularza.

kim jesteśmy

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufały nam już 103 miliony klientów w 64 krajach.

AXA w Polsce to różnorodność ubezpieczeń ochronnych, zdrowotnych i turystycznych oraz otwarty fundusz emerytalny. To także nowoczesne rozwiązania inwestycyjne dopasowane do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury

801 200 200

axa.pl