



## Ogólne warunki

indywidualnego ubezpieczenia Assistance w Chorobie

Formularz do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia Assistance w Chorobie

– indeks VMED/2018/08/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	OWU: § 2 § 3 § 4 ust. 1 § 11 § 12 Regulamin świadczeń Medical Assistance: § 1 ust. 1, 2, 4 § 2 § 4 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	OWU: § 6 ust. 1, 2, 4 § 13 Regulamin świadczeń Medical Assistance: § 1 ust. 3, 5 § 3

## OWU

### § 1

1. Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia Assistance w Chorobie – indeks VMED/2018/08/01 (OWU) stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych z Towarzystwem.
2. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść Umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki Stron tej Umowy ubezpieczenia, jak również Uprawnionych z Umowy ubezpieczenia.

## Definicje

### § 2

Wyrażenia użyte w OWU lub Regulaminie, pisane wielką literą, oznaczają:

- 1) **Agent** – działający na podstawie przepisów ustawy regulującej pośrednictwo ubezpieczeniowe przedsiębiorca, wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych;
- 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, przyjmujący zgłoszenia pod numerem telefonu +48 22 529 85 67;
- 3) **Choroba przewlekła** – choroba charakteryzująca się powolnym rozwojem i długookresowym przebiegiem, wymagająca regularnych kontroli lub okresowych badań, zdiagnozowana u Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- 4) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczającego, które w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia lub nie ukończyło 25. roku życia, jeżeli uczy się i pozostaje na utrzymaniu Ubezpieczającego oraz zamieszkuje na stałe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- 5) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – 14. dzień kalendarzowy następujący po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zapłaty Składki w należytym wysokości;
- 6) **Miejsce pobytu** – adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który wskazał Ubezpieczony, zgłaszając do Centrum Alarmowego Towarzystwa Zdarzenie ubezpieczeniowe, w którym lub do którego ma być udzielone świadczenie medyczne;
- 7) **Nagłe zachorowanie** – powstałe w sposób nagły pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, powodujące konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej i niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;
- 8) **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 OWU zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia się Ubezpieczonego;
- 9) **Okres ubezpieczenia** – okres kolejnych 12 miesięcy udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo, rozpoczynający się od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem zapłaty Składki w wymaganej wysokości;
- 10) **Partner** – wskazana we Wnioskopolisie osoba, która w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia pozostaje z Ubezpieczającym w związku pozamałżeńskim i prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia; osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za Partnera pod warunkiem, że zarówno Ubezpieczający, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- 11) **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 uwa-

ża się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;

- 12) **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, którego celem jest leczenie obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku; okres pobytu w Szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania ze Szpitala;
- 13) **Potrzeba medyczna** – okoliczność uzasadniająca uzyskanie przez Ubezpieczonego informacji medycznej;
- 14) **Regulamin** – Regulamin świadczeń Medical Assistance, który jest łącznikiem do OWU stanowiącym ich integralną część;
- 15) **Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, płatna przez Ubezpieczającego jednorazowo z góry za cały Okres ubezpieczenia;
- 16) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, wykorzystywany do działań zmierzających do przywrócenia Ubezpieczonemu stanu zdrowia sprzed Nieszczęśliwego wypadku;
- 17) **Strony** – Ubezpieczający i Towarzystwo;
- 18) **Suma ubezpieczenia** – ustalona na podstawie OWU kwota będąca górną granicą odpowiedzialności Towarzystwa;
- 19) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na którego terytorium jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenia i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału leczenia uzależnień, ośrodka (w tym szpitala) sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego, oddziału i ośrodka rehabilitacji ani ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic;
- 20) **Towarzystwo** – AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 21) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, mająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Towarzystwem Umowę ubezpieczenia;
- 22) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która została objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach pakietu wybranego przez Ubezpieczającego; w ramach Pakietu indywidualnego Ubezpieczonym jest Ubezpieczający; w ramach Pakietu rodzinnego Ubezpieczonym jest Ubezpieczający oraz Współmałżonek/Partner lub Dziecko/Dzieci; w Pakiecie dziecko Ubezpieczonym jest Dziecko/Dzieci;
- 23) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 24) **Uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego; podmiotem tym jest Ubezpieczony;
- 25) **Wnioskopolisa** – dokument zawierający wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a także potwierdzający jej zawarcie z Ubezpieczającym;
- 26) **Współmałżonek** – wskazana we Wnioskopolisie osoba, która w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia pozostaje z Ubezpieczającym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 27) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachorowanie, lub Potrzeba medyczna, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo;
- 28) **Złamanie kości** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, stwierdzone przez lekarza i potwierdzone dokumentacją medyczną; grupy złamań określone są w Tabeli nr 3 – Tabela złamań.

## Przedmiot ubezpieczenia

### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa Nieszczęśliwego wypadku lub wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wybranym przez Ubezpieczającego pakiecie oraz wariantie ubezpieczenia, przedstawionych w § 4 w Tabeli nr 1 – Zakres i Sumy ubezpieczenia.

## Zakres i Sumy ubezpieczenia

### § 4

1. Zakres i Sumy ubezpieczenia zależą od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu i wariantu ubezpieczenia, zgodnie z poniższą Tabelą nr 1 – Zakres i Sumy ubezpieczenia:
2. Sumy ubezpieczenia są określone dla każdego z następstw Nieszczęśliwego wypadku oraz pakietu i wariantu ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu następstw jednego i wszystkich Nieszczęśliwych wypadków powstałych w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wysokość Sum ubezpieczenia ulega obniżeniu o kwoty wypłaconych świadczeń z tytułu wystąpienia następstw Nieszczęśliwych wypadków, dla których zostały ustalone.

## Zawarcie Umowy ubezpieczenia

### § 5

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wypełnionego i zaakceptowanego przez Agenta dokumentu Wnioskopisy.
2. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie przez Ubezpieczającego oświadczeń o treści i formie wymaganej przez Towarzystwo w dokumencie Wnioskopisy.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia obejmuje jeden Okres ubezpieczenia.
5. Ubezpieczającym może być osoba, która:
  - 1) w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 79. roku życia;
  - 2) na stałe zamieszkuje na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 3) złożyła prawidłowo wypełniony dokument Wnioskopisy.

Tabela nr 1 – Zakres i Sumy ubezpieczenia

Pakiet ubezpieczenia	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	
		wariant podstawowy	wariant rozszerzony
Pakiet indywidualny	pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	18 000 zł (50 zł za dzień)	18 000 zł (50 zł za dzień)
	złamanie kości Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:		
	złamanie gr. I	200 zł	200 zł
	złamanie gr. II	1 000 zł	1 000 zł
	złamanie gr. III	2 500 zł	2 500 zł
	świadczenia medyczne w razie zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania, lub Potrzeby medycznej	zgodnie z Regulaminem	zgodnie z Regulaminem
Pakiet rodzinny	pobyt w Szpitalu Ubezpieczającego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	–	18 000 zł (50 zł za dzień)
	złamanie kości Ubezpieczającego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:		
	złamanie gr. I	200 zł	200 zł
	złamanie gr. II	500 zł	500 zł
	złamanie gr. III	1 000 zł	1 000 zł
	pobyt w Szpitalu Współmałżonka/Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	–	18 000 zł (50 zł za dzień)
	złamanie kości Współmałżonka/Partnera w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:		
	złamanie gr. I	200 zł	200 zł
	złamanie gr. II	500 zł	500 zł
	złamanie gr. III	1 000 zł	1 000 zł
pobyt w Szpitalu Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	–	18 000 zł (50 zł za dzień)	
złamanie kości Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:			
złamanie gr. I	200 zł	200 zł	
złamanie gr. II	500 zł	500 zł	
złamanie gr. III	1 000 zł	1 000 zł	
	świadczenia medyczne w razie zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania, lub Potrzeby medycznej	zgodnie z Regulaminem	zgodnie z Regulaminem
Pakiet dziecko	pobyt w Szpitalu Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	–	18 000 zł (50 zł za dzień)
	złamanie kości Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:		
	złamanie gr. I	200 zł	200 zł
	złamanie gr. II	500 zł	500 zł
	złamanie gr. III	1 000 zł	1 000 zł
	świadczenia medyczne w razie zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania, lub Potrzeby medycznej	zgodnie z Regulaminem	zgodnie z Regulaminem

- Ochroną ubezpieczeniową w Pakiecie rodzinnym może zostać objęty Współmałżonek/Partner, który w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 79. roku życia.
- Ochroną ubezpieczeniową w Pakiecie rodzinnym lub Pakiecie dziecko jest objęte Dziecko, tj. dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczającego, które w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia lub nie ukończyło 25. roku życia, jeżeli uczy się i pozostaje na utrzymaniu Ubezpieczającego oraz zamieszkuje na stałe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
- Ubezpieczający na podstawie niniejszych OWU może zawrzeć maksymalnie dwie Umowy ubezpieczenia, których Okres ubezpieczenia pokrywa się w całości lub w części, niezależnie od wybranego pakietu i wariantu ubezpieczenia.

## Ochrona ubezpieczeniowa i odpowiedzialność Towarzystwa

### § 6

- Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oraz Złamania kości Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku świadczona jest na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz poza jej granicami.
- Świadczenia medyczne wskazane w Regulaminie realizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
  - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
    - z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia, tj. z upływem dnia, w którym Ubezpieczający złożył bezpośrednio Towarzystwu lub za pośrednictwem Agenta oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
    - z dniem wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, tj. z upływem dnia, w którym Ubezpieczający złożył bezpośrednio Towarzystwu lub za pośrednictwem Agenta oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia,
    - z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia;
  - w stosunku do danego Ubezpieczonego – z dniem śmierci Ubezpieczonego.
- Towarzystwo zwraca składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

## Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia, wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

### § 7

- 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 ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
- Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu w formie pisemnej lub ustnie podczas zarejestrowanej rozmowy telefonicznej.
- W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w pełnej wysokości.
- Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w formie pisemnej lub ustnie podczas zarejestrowanej rozmowy telefonicznej.
- Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

## Prawa i obowiązki Ubezpieczającego

### § 8

- Ubezpieczający ma obowiązek:

- optać Składkę;
  - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek – przekazać Ubezpieczonemu OWU wraz z Informacją o istotnych postanowieniach OWU, stanowiącą integralną część OWU, na piśmie lub, jeśli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.
2. Ubezpieczający jest uprawniony w szczególności do:
- odstąpienia od Umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia tej Umowy;
  - składania reklamacji, w tym skarg i zażaleń.

## Obowiązki Towarzystwa

### § 9

Obowiązkiem Towarzystwa jest:

- wypłata świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia;
- doręczenie Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU i innych dokumentów niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia przed jej zawarciem;
- doręczenie Ubezpieczającemu dokumentu potwierdzającego zawarcie Umowy ubezpieczenia w postaci Wnioskopolisy;
- prawnitowe i terminowe wykonywanie zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

## Składka

### § 10

- Wysokość Składki jest uzależniona od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu i wariantu ubezpieczenia i wynosi:

Tabela nr 2 – Wysokość Składki

Pakiet ubezpieczenia	Wysokość Składki	
	wariant podstawowy	wariant rozszerzony
<b>Pakiet indywidualny</b>	100 zł	150 zł
<b>Pakiet rodzinny</b>	230 zł	350 zł
<b>Pakiet dziecko</b>	150 zł	220 zł

- Składka należna jest za Okres ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna przez Ubezpieczającego z góry za cały Okres ubezpieczenia w terminie wskazanym w dokumencie Wnioskopolisy, na właściwy rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w dokumencie Wnioskopolisy lub gotówką u Agenta uprawnionego do jej pobrania na podstawie pełnomocnictwa.
- Za dzień zapłaty Składki uznaje się dzień, w którym zostało złożone polecenie przelewu bankowego, o ile na rachunku bankowym zlecającego znajdowały się środki umożliwiające dokonanie zapłaty Składki, albo dzień dokonania wpłaty Składki na rachunek wskazany przez Towarzystwo, potwierdzonej dokumentem opatrzonym stemplem pocztowym lub bankowym, albo dzień zapłaty Składki bezpośrednio u Agenta, potwierdzonej przez Agenta na dokumencie Wnioskopolisy. W przypadku niedoboru lub braku środków na rachunku bankowym zlecającego uniemożliwiających dokonanie zapłaty Składki w wymaganej wysokości za dzień zapłaty Składki uznaje się dzień uznania rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.

## Wysokość świadczeń

### § 11

- W przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie równej 50 zł za każdy dzień pobytu w Szpitalu, maksymalnie do wyczerpania Sumy ubezpieczenia określonej w Tabeli nr 1 – Zakres i Sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej dwa dni.

- Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. W przypadku Pobytu w Szpitalu trwającego nieprzerwanie co najmniej 30 dni na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci część świadczenia w wysokości odpowiadającej Pobytowi w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przez 30 dni, przed zakończeniem tego pobytu.
- W przypadku Złamania kości Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Tabeli nr 1 – Zakres i Sumy ubezpieczenia, przewidzianej dla danej grupy złamań, przy czym grupa złamań określona zostanie zgodnie z Tabelą nr 3 – Tabela złamań.

Tabela nr 3 – Tabela złamań

Złamania grupa I
Pozostałe złamania kości niesklasyfikowane w grupie złamań II oraz III
Złamania grupa II
Kości piętowej
Kości podudzia
Kości ramiennej lub przedramienia
Kości rzepki
Złamania grupa III
Kości czaszki (podstawy), z wyjątkiem sklepienia i twarzoczaszki
Kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości tonowej lub kuluszowej oraz ogonowej)
Kości w obrębie stawu biodrowego (panewki 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

- Z tytułu Złamania kości Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w Okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci najwyżej jedno świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia w ramach każdej z grup złamań określonych w Tabeli nr 3 – Tabela złamań.
- W razie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia Towarzystwo zorganizuje świadczenie medyczne zgodnie z Regulaminem.

## Wypłata świadczeń

### § 12

- Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczony.
- W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie oni występują z tym zawiadomieniem, oraz podejmie postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także poinformuje osobę występującą z roszczeniem na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia w związku z zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobierca. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak Uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
- Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia. Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia, Towarzystwo nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz

Ubezpieczonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłata bezsporną część świadczenia.

- Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 4, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym z dochowaniem należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 4. Wszelkie wypłaty świadczeń są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej, na numer rachunku bankowego wskazany we wniosku o wypłatę świadczenia albo w formie przekazu pocztowego.
- Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
  - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
  - opisu okoliczności zdarzenia i – o ile zostały sporządzone – protokołu powypadkowego sporządzonego przez zespół powypadkowy, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia, postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie;
  - kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie i następstwa Nieszczęśliwego wypadku, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem;
  - odpisu aktu urodzenia Dziecka, jeżeli zdarzenie dotyczy Dziecka.
- Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu Złamania kości Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
  - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
  - kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej Złamanie kości Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem;
  - opisu okoliczności zdarzenia;
  - odpisu aktu urodzenia Dziecka, jeżeli zdarzenie dotyczy Dziecka.
- W celu uzyskania świadczenia medycznego w przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, należy postępować zgodnie z postanowieniami Regulaminu.
- Jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, przedstawiciel ustawowy tej osoby jest dodatkowo zobowiązany przedstawić:
  - dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad Uprawnionym;
  - kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
- Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu lub we wniosku o wypłatę świadczenia, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa będzie uprawniona do uzyskania tych dokumentów.
- Kopie dokumentów, o których mowa w ust. 8 i 9 niniejszego paragrafu, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać poświadczane jako zgodne z oryginałem przez odpowiednio przedstawiciela Agenta, notariusza

lub pracownika Towarzystwa, lub – w przypadku dokumentacji medycznej – przez pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

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

15. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, mogą być złożone za pośrednictwem Agenta lub bezpośrednio do Towarzystwa na poniższy adres:

**AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.**

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

z dopiskiem: Roszczenie Bancassurance

16. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numer telefonu 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.

## Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

### § 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek skutkujący Pobytem w Szpitalu Ubezpieczonego jest wynikiem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach terroryzmu, przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
- 4) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
- 5) 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 dm<sup>3</sup>;
- 6) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
- 7) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
- 8) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 9) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna wymagające działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: użycie broni białej lub palnej, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną wymagającą ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;

- 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania takim pojazdem lub czasowo lub na stałe zostały mu zatrzymane dokumenty potwierdzające te uprawnienia, lub nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
  - 11) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:
- 1) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała powstałe w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
  - 2) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych;
  - 3) leczenie bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek skutkujący Złamaniem kości Ubezpieczonego jest wynikiem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach terroryzmu, przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
  - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
  - 4) 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 dm<sup>3</sup>;
  - 5) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
  - 6) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
  - 7) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
  - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania takim pojazdem lub czasowo lub na stałe zostały mu zatrzymane dokumenty potwierdzające te uprawnienia, lub 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. W przypadku Złamania kości Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w wyniku Nieszczęśliwego wypadku doszło do amputacji kończyny lub jej części i nie doszło do złamania kości.
5. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie świadczeń medycznych w związku z zaistnieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazane są w Regulaminie.

## Reklamacje

### § 14

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej, będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej może wnieść reklamację.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje można składać do Towarzystwa w następujący sposób:
  - 1) ustnie – telefonicznie pod numer telefonu +48 22 555 00 00 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa;
  - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl;
  - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. w Warszawie, ul. Chłodna 51, albo przesyłką pocztową na adres: AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.
5. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna 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.
7. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
8. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby fizycznej składającej reklamację, przy jej składaniu należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu), a w przypadku osób prawnych oraz spółek nieposiadających osobowości prawnej – firmę, NIP, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.

10. 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.
11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, według właściwości określonej w § 15.
12. Konsument ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
13. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).
14. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 12, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

### Sąd właściwy do rozstrzygnięcia sporów

#### § 15

1. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć 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.

### Postanowienia końcowe

#### § 16

1. W sprawach nieuregulowanych w OWU do Umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.
2. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

#### § 17

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. nr 1/13/08/2018 z dnia 13 sierpnia 2018 r.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzą w życie z dniem 14 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych od tego dnia.
3. Integralną część OWU stanowi Formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Załącznikiem do OWU, stanowiącym ich integralną część, jest Załącznik nr 1 do OWU – Regulamin świadczeń Medical Assistance.

# Regulamin świadczeń Medical Assistance

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia Assistance w Chorobie o indeksie VMED/2018/08/01

## Zakres usług assistance

### § 1

1. Ubezpieczonemu objętemu Umową ubezpieczenia przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w niniejszym Regulaminie oraz OWU.
2. Przedmiotem świadczeń medycznych jest organizacja albo organizacja i pokrycie przez Towarzystwo kosztów świadczeń medycznych określonych w niniejszym Regulaminie, realizowanych na rzecz Ubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Alarmowego Towarzystwa, w przypadku wystąpienia w Okresie ubezpieczenia:
  - 1) Nagłego zachorowania;
  - 2) Nieszczęśliwego wypadku;
  - 3) Potrzeby medycznej.
3. Wszystkie świadczenia medyczne w ramach Umowy ubezpieczenia realizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonym w ramach danej Umowy ubezpieczenia przysługują, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, świadczenia medyczne określone w Tabeli nr 4 – Tabela świadczeń i limitów.
5. Towarzystwo spełnia świadczenia medyczne do wysokości limitów świadczeń określonych w Tabeli nr 4 – Tabela świadczeń i limitów. Limity świadczeń medycznych wskazane w Tabeli nr 4 – Tabela świadczeń i limitów ustalone są łącznie dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie tej samej Umowy ubezpieczenia.
6. Realizacja każdego świadczenia medycznego powoduje zmniejszenie limitu świadczeń medycznych. Realizacja świadczeń medycznych, których łączna wartość wyczerpuje limit świadczeń medycznych określony w Tabeli nr 4 – Tabela świadczeń i limitów, powoduje ustanie prawa Ubezpieczonych do świadczeń medycznych.
7. Wszystkie świadczenia medyczne realizowane są w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego dla danego świadczenia me-

dycznego oraz z uwzględnieniem warunków dodatkowych i w zakresie szczegółowo uregulowanym w opisie poszczególnych świadczeń.

## Opisy świadczeń medycznych

### § 2

#### 1. Wizyta lekarza pierwszego kontaktu w Miejscu pobytu Ubezpieczonego

Jeżeli w następstwie Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony wymaga udzielenia pomocy medycznej w warunkach domowych, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszt dojazdu i wizyty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lekarza pierwszego kontaktu (lekarza medycyny rodzinnej, internisty lub pediatry zależnie od sytuacji i możliwości lokalnych).

#### 2. Dostarczenie leków

1) Jeżeli w następstwie Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu zostały przepisane leki, a zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa Ubezpieczony nie powinien opuszczać Miejsca pobytu, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do Miejsca pobytu Ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza.

2) Świadczenie jest organizowane tylko w zakresie leków przepisanych na wizycie zorganizowanej przez Centrum Alarmowe Towarzystwa.

3) Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego Towarzystwa recepty niezbędnej do wykupienia leków.

#### 3. Refundacja kosztów leków

Jeżeli Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizowało Dostarczenie leków, jeden raz w Okresie ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługuje również pokrycie kosztów leków przepisanych na receptę do kwoty wskazanej w Tabeli nr 4 – Tabela świadczeń i limitów.

Tabela nr 4 – Tabela świadczeń i limitów

Świadczenie medyczne	Zdarzenie ubezpieczeniowe, w związku z którym przysługuje świadczenie medyczne	Limity świadczeń	
		wariant podstawowy	wariant rozszerzony
Wizyta lekarza pierwszego kontaktu w Miejscu pobytu Ubezpieczonego (organizacja + pokrycie kosztów)	Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	2 zdarzenia w Okresie ubezpieczenia, maks. 2 wizyty na zdarzenie	2 zdarzenia w Okresie ubezpieczenia, maks. 2 wizyty na zdarzenie
Dostarczenie leków (organizacja + pokrycie kosztów)	Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	2 zdarzenia w Okresie ubezpieczenia, maks. 2 razy na zdarzenie	2 zdarzenia w Okresie ubezpieczenia, maks. 2 razy na zdarzenie
Refundacja kosztów leków (tylko po dostarczeniu)	Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	1 raz w Okresie ubezpieczenia, maks. 100 zł	1 raz w Okresie ubezpieczenia, maks. 200 zł
Wizyta u lekarza specjalisty (organizacja + pokrycie kosztów)	Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	1 raz w Okresie ubezpieczenia	2 razy w Okresie ubezpieczenia
Wizyta u lekarza rehabilitacji (organizacja + pokrycie kosztów)	Nieszczęśliwy wypadek	1 raz w Okresie ubezpieczenia	2 razy w Okresie ubezpieczenia
Wizyta fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego (organizacja + pokrycie kosztów)	Nieszczęśliwy wypadek	1 raz w Okresie ubezpieczenia, maks. 3 h	1 raz w Okresie ubezpieczenia, maks. 3 h
Sprzęt rehabilitacyjny (organizacja + pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia)	Nieszczęśliwy wypadek	–	1 raz w Okresie ubezpieczenia, maks. 300 zł
Wizyta pielęgniarki w Miejscu pobytu Ubezpieczonego (organizacja + pokrycie kosztów)	Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	2 razy w Okresie ubezpieczenia	2 razy w Okresie ubezpieczenia
Medyczna Platforma Informacyjna	Potrzeba medyczna	bez limitów	bez limitów



#### 4. Wizyta u lekarza specjalisty

Jeżeli w następstwie Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony wymaga udzielenia pomocy medycznej przez lekarza specjalistę, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszt jednej wizyty Ubezpieczonego u lekarza jednej z następujących specjalizacji, z uwzględnieniem limitów wskazanych w Tabeli nr 4:

- 1) medycyny rodzinnej,
- 2) chorób wewnętrznych,
- 3) chirurga,
- 4) ortopedy,
- 5) laryngologa,
- 6) okulisty,
- 7) dermatologa,
- 8) ginekologa,
- 9) psychiatry,
- 10) kardiologa,
- 11) neurologa,
- 12) urologa,
- 13) pulmonologa.

#### 5. Wizyta u lekarza rehabilitacji

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony wymaga rehabilitacji, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszt wizyty Ubezpieczonego u lekarza rehabilitacji w celu zaplanowania procesu rehabilitacji.

#### 6. Wizyta fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu zalecona została rehabilitacja, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje jedną wizytę Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej lub jedną wizytę fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego, jeżeli rehabilitację można przeprowadzać w warunkach domowych, i pokryje koszt tej jednej wizyty.

#### 7. Sprzęt rehabilitacyjny

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie z zaleceniem lekarza powinien korzystać ze Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje zakup lub wypożyczenie tego Sprzętu, pokryje koszt zakupu lub wypożyczenia do limitu wskazanego w Tabeli nr 4 – Tabela świadczeń i limitów oraz pokryje koszt dostarczenia Sprzętu do Miejsca pobytu Ubezpieczonego.

#### 8. Wizyta pielęgniarki w Miejscu pobytu Ubezpieczonego

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony zgodnie z zaleceniem lekarza wymaga przeprowadzania zabiegów pielęgniarskich, które mogą zostać wykonane w warunkach domowych, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszt wizyty pielęgniarki w Miejscu pobytu Ubezpieczonego w celu przeprowadzenia tych zabiegów.

#### 9. Medyczna Platforma Informacyjna

1) Na wniosek Ubezpieczonego (lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego, który nie ukończył 18. roku życia), w razie zajścia 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 temat:

- a) NATYCHMIASTOWEJ POMOCY – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania,
- b) UKĄSZEŃ – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
- c) JEDNOSTEK CHOROBOWYCH – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- d) ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH – diety (np. zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowe, cukrzycowe, ubogobiałkowe, bogatobiałkowe, niskokaloryczne, niskocholesterolowe, redukcyjne), zdrowe odżywianie, aktywne spędzanie czasu wolnego, walka ze stresem, odpoczynek i sen,
- e) PROFILAKTYKI – profilaktyka zachorowań na grype, profilaktyka antynikotynowa,

- f) OPISÓW BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
  - g) PRZYGOTOWANIA DO BADAŃ – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
  - h) BADAŃ KONTROLNYCH – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
  - i) LEKÓW – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziom refundacji leków,
  - j) ALTERNATYWNYCH METOD LECZENIA I RELAKSACJI – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
  - k) UWARUNKOWAŃ MEDYCZNYCH – uwarunkowania medyczne dotyczące poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
  - l) GRUP 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) DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z PODRÓŻĄ – działania, które należy podjąć przed podróżą i w trakcie podróży, np. szczepienia, zagadnienia związane ze specyfiką danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.
- 2) Ponadto w ramach świadczenia Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z personelem medycznym (lekarzem lub pielęgniarką).
  - 3) Centrum Alarmowe Towarzystwa udzieli również 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,
    - 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 uniwersyteckich medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
    - d) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym zwłaszcza na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
    - e) placówek opieki społecznej i hospicjów,
    - f) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
  - 4) Informacje, o których mowa w pkt 2) i pkt 3) powyżej, mają charakter ogólny, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

#### Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie usług assistance (tj. organizacji albo organizacji i pokrycia przez Towarzystwo kosztów świadczeń medycznych określonych w Regulaminie)

##### § 3

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe na skutek:
  - 1) 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 dm<sup>3</sup>;
  - 2) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;

- 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania takim pojazdem lub czasowo lub na stałe zostały mu zatrzymane dokumenty potwierdzające te uprawnienia, lub nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
- 4) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 5) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
- 6) umyślnego działania lub zaniechania Ubezpieczonego lub osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 7) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- 8) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna wymagające działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: użycie broni białej lub palnej, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną wymagające ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
- 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;
- 10) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach terroryzmu, przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 11) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 12) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

2. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są konsultacje i badania o charakterze profilaktycznym, kontrolnym, badania okresowe niepozostające w bezpośrednim związku z Nagłym zachorowaniem, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia.
3. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest pokrycie kosztów leków, które Ubezpieczony przyjmuje na stałe w związku ze zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi, jeśli po zajściu Nagłego zachorowania nie zmieniono substancji czynnej, wielkości dawki lub sposobu dawkowania.
4. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest pokrycie kosztów leków, które nie zostały przepisane podczas wizyty u lekarza zorganizowanej przez Centrum Alarmowe Towarzystwa.
5. Towarzystwo nie pokrywa kosztów świadczeń medycznych, do których wykonania Ubezpieczony miał wskazania przed Okresem ubezpieczenia;
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za brak organizacji i pokrycia kosztów świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie dostarczył dokumentacji medycznej lub innych wskazanych przez Towarzystwo dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności wobec zgłoszonego zdarzenia lub odmawia współpracy z Centrum Alarmowym Towarzystwa, co skutkuje niemożnością wykonania świadczenia;
7. Towarzystwo nie pokrywa kosztów świadczeń medycznych, jeśli zostały one zorganizowane samodzielnie przez Ubezpieczonego bez porozumienia z Centrum Alarmowym Towarzystwa, chyba że kontakt z Centrum Alarmowym Towarzystwa był niemożliwy z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.

## Obowiązki Ubezpieczonego

### § 4

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, przed podjęciem działań we własnym zakresie, Ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 48 godzin od powzięcia wiedzy o zaistnieniu zdarzenia, skontaktować się z Centrum Alarmowym Towarzystwa, czynnym całą dobę, dzwoniąc pod numer telefonu +48 22 529 85 67;
- 2) podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu usług assistance, a w szczególności:
  - a) swój PESEL,
  - b) swoje imię i nazwisko,
  - c) określić miejsce zdarzenia,
  - d) telefon kontaktowy,
  - e) rodzaj wymaganej pomocy,
  - f) opis okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Towarzystwa.