



Pomyśl,
masz WSPARCIE
W powrocie do
ZDROWIA.

Szczególne warunki
ubezpieczenia Pakiet Pomoc
Medyczna dla klientów Wonga
– indeks WPM/2021/04

Pomyśl



FORMULARZ DO SWU

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

Szczególne warunki ubezpieczenia Pakiet Pomoc Medyczna dla klientów Wonga – indeks WPM/2021/04

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

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia Pakiet Pomoc Medyczna dla klientów Wonga o indeksie WPM/2021/04 (SWU) regulują zasady, na jakich UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. obejmuje ochroną ubezpieczeniową klientów Wonga sp. z o.o.

Definicje

§ 2

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

- 1) **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;
- 2) **certykat** – dokument będący potwierdzeniem objęcia ochroną ubezpieczeniową danego ubezpieczonego;
- 3) **dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych ryzyk:
 - a) pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) pobyt w szpitalu w wyniku choroby – pierwszy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu,
 - c) zdarzenie medyczne lub potrzeba medyczna – odpowiednio dzień nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub powstania potrzeby medycznej,
 - d) złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dzień złamania kości ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- 4) **klient** – osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych i obywatelstwo polskie, zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będąca klientem Wonga, która zawarła z Wonga sp. z o.o. umowę pożyczki;
- 5) **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.), który można kupić wyłącznie na podstawie recepty;
- 6) **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;
- 7) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której ubezpieczony poddał się leczeniu;
- 8) **miejsce pobytu** – adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który wskazał ubezpieczony, zgłaszając do Centrum Alarmowego Towarzystwa zdarzenie medyczne, w którym lub do którego ma być świadczona usługa medyczna;
- 9) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) **miesiąc ochrony** – miesiąc świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia okresu ubezpieczenia lub w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia okresu ochrony i kończący się jeden dzień przed dniem odpowiadającym temu samemu dniowi kolejnego miesiąca, a jeśli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 11) **nagłe zachorowanie** – powstała w sposób nagły choroba, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia, powodująca konieczność udzielenia ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagająca interwencji pogotowia ratunkowego;
- 12) **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 przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia ubezpieczonego; na potrzeby świadczeń medycznych jest to dodatkowo zdarzenie skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej, jednak niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;
- 13) **okres ubezpieczenia** – okres udzielania ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo;
- 14) **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;
- 15) **pobyt w szpitalu w wyniku choroby** – potwierdzony dokumentacją medyczną 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 (liczony jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze szpitala (liczone są dni kalendarzowe);
- 16) **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 (liczony jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze szpitala (liczone są dni kalendarzowe);
- 17) **Regulamin** – Regulamin usług medycznych, stanowiący załącznik do niniejszych SWU;
- 18) **składka** – kwota obliczona zgodnie z umową ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej jednemu ubezpieczonemu w całym okresie ubezpieczenia, płatna w miesięcznych ratach;
- 19) **suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 20) **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, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka, w tym szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także oddziału i ośrodka rehabilitacji ani ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic;
- 21) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51;
- 22) **ubezpieczający** – Wonga sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Żaryna 2B, bud. D, 02-593 Warszawa;
- 23) **ubezpieczony** – osoba fizyczna będąca Klientem ubezpieczającego, na rzecz której ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 24) **umowa ubezpieczenia** – Umowa grupowego ubezpieczenia nr UBM/01/2021/BA dla klientów Wonga sp. z o.o. zawarta pomiędzy Towarzystwem a ubezpieczającym;
- 25) **uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego;
- 26) **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;
- 27) **zdarzenie medyczne** – nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie, uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego zgodnie z Regulaminem usług medycznych;
- 28) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez To-

warzystwo: pobyt w szpitalu w wyniku choroby, pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz zgłoszone w tym okresie do Centrum Alarmowego Towarzystwa zgodnie z Regulaminem usług medycznych zdarzenie medyczne oraz potrzeba medyczna;

- 29) **złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzone przez lekarza i potwierdzone dokumentacją medyczną.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje;
 - 1) zapłatę określonej w SWU kwoty w przypadku:
 - a) pobytu w szpitalu w wyniku choroby, albo
 - b) pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - c) złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie kosztów usług medycznych w przypadku zajścia zdarzenia medycznego lub potrzeby medycznej zgodnie z Regulaminem usług medycznych.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową

§ 4

1. Do ubezpieczenia jako ubezpieczony może przystąpić osoba fizyczna, będąca Klientem, która:
 - 1) w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 75. roku życia przed upływem okresu ubezpieczenia;
 - 2) posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Osobom, które nie spełniają warunków określonych w ust. 1, Towarzystwo nie udziela ochrony ubezpieczeniowej, nawet jeżeli ubezpieczający opłacił składkę za taką osobę. W razie ujawnienia takiego przypadku składka ubezpieczeniowa podlega zwrotowi.
3. W ramach jednej umowy pożyczki ubezpieczeniem może zostać objęty tylko jeden ubezpieczony.
4. Ubezpieczony w tym samym czasie może być obejmowany ochroną w ramach niniejszego ubezpieczenia maksymalnie z tytułu czterech certyfikatów.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w następnym dniu po wyrażeniu przez klienta woli przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem zgłoszenia tego klienta na liście osób ubezpieczonych.
2. Okres ubezpieczenia kończy się w ostatnim dniu spłaty pożyczki zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłaty pożyczki, z zastrzeżeniem ust. 4.
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 okresu ubezpieczenia.
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) ubezpieczony złożył oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia;
 - 5) zakończył się okres ubezpieczenia;
 - 6) ubezpieczony zmarł;
 - 7) ubezpieczony ukończył 75. rok życia;
 - 8) ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego została zawieszona wskutek nieopłacenia składki przez

ubezpieczającego – na zasadach i w trybie określonych w umowie ubezpieczenia.

5. Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać w terminie ustalonym z Towarzystwem listę osób, które mają być objęte ubezpieczeniem w kolejnym miesiącu ochrony.
6. W przypadku gdy na liście, o której mowa w ust. 5, brak wskazania danego ubezpieczonego, który był objęty ochroną w upływającym miesiącu ochrony, a ochrona wobec niego nie wygaśa z powodów, o których mowa w ust. 4, ochrona wobec danego ubezpieczonego może zostać przywrócona w sposób i w terminie uzgodnionym pomiędzy stronami od kolejnego miesiąca ochrony do końca okresu 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. 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.
8. Ubezpieczony może w ciągu 30 dni od pierwszego dnia okresu 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 pisemnie bądź ustnie podczas nagrywanej rozmowy telefonicznej oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia.
9. Ubezpieczony, po upływie 30 dni od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, może wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem następującym po dniu złożenia pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia, a ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony. Warunkiem skutecznego wystąpienia jest złożenie przez ubezpieczonego ubezpieczającemu pisemnie bądź ustnie podczas nagrywanej rozmowy telefonicznej oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

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 18 000 zł.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 18 000 zł.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi:

Grupa I	100 zł
Grupa II	500 zł
Grupa III	2 000 zł

5. Limity świadczeń dla zdarzeń medycznych zostały wskazane w Regulaminie usług medycznych.
6. Sumy ubezpieczenia i limity świadczeń są ustalane na 12-miesięczny okres ubezpieczenia i ulegają zmniejszeniu o kwoty wypłaconych świadczeń, dla których zostały ustalone.
7. Sumy ubezpieczenia i limity świadczeń ulegają odnowieniu po 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 7

Pobyt w szpitalu w wyniku choroby

1. W razie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, gdy dzień wystąpienia tego zdarzenia miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w kwocie równej 100 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z wy-

łączeniem pierwszych dwóch dni, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.

- 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

- W razie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, gdy dzień wystąpienia tego zdarzenia miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w kwocie równej 100 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z wyłączeniem pierwszych dwóch dni, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.
- 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.
- 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 w wyniku choroby, albo z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Złamanie kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku

- W przypadku złamania kości ubezpieczonego 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 1 – Tabela złamań, obowiązującej w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną złamania kości.
- Towarzystwo z tytułu złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w § 6 ust. 4, jeżeli przyczyną złamania kości ubezpieczonego były fizyczne obrażenia ciała doznane w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Zdarzenia medyczne

- W razie zdarzenia medycznego, którego dzień wystąpienia miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a także potrzeby medycznej powstałej w okresie ubezpieczenia i zgłoszonej w tym okresie do Centrum Alarmowego Towarzystwa, Towarzystwo zorganizuje świadczenie medyczne zgodnie z Regulaminem usług medycznych.

Składka

§ 8

- Wysokość składki jest określona w umowie ubezpieczenia.
- Zobowiązany do zapłaty składki jest wyłącznie ubezpieczający.
- Składka za wszystkich ubezpieczonych opłacana jest w terminach uzgodnionych z ubezpieczającym, przelewem na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 9

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu w wyniku choroby jest skutkiem:
 - działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 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;

- 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 palnej, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną 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, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.
- Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:
 - poród siłami natury, niezwiązany z patologią ciąży lub położniczymi powikłaniami okołoporodowymi;
 - poddanie się przez ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - wykonanie ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są choroba lub obrażenia ciała;
 - wykonanie ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - leczenie dysfunkcji psychicznych i/lub umysłowych ubezpieczonego, w tym nerwic;
 - leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV ubezpieczonego;
 - Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby nie zostanie wypłacone, jeżeli skierowanie do szpitala zostało wystawione ubezpieczonemu przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia.
 - Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
 - 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;
 - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 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;
 - 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 palnej, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną 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, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe.

5. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:
 - 1) wykonanie ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są choroba lub obrażenia ciała;
 - 2) wykonanie ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 3) leczenie bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.
6. 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) 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 dm³;
 - 5) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 6) poddania się 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 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.
7. 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.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.
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 oraz dokumentacji medycznej z leczenia 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, 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).
7. 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.
8. Jeżeli uprawniony nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny tej osoby są dodatkowo zobowiązani przedstawić:
 - 1) dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad uprawnionym;
 - 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego uprawnionego.
9. 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.
10. Kopie dokumentów, o których mowa w ust. 5–9, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać potwierdzone jako zgodne z oryginałem przez pracownika ubezpieczającego lub notariusza albo pracownika Towarzystwa.
11. Zgodność kopii dokumentacji medycznej z oryginałem może być również potwierdzona przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
12. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, ubezpieczony przesyła bezpośrednio do Towarzystwa na poniższy adres:

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance

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 z dochowaniem należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsprawną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 1.

13. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numer telefonu 22 599 95 22 (koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych), w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni wolnych od pracy, lub na adres e-mail: umowy.ubezpieczenia@uniqa.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 przed objęciem ochroną ubezpieczeniową, a także do udostępniania mu druków Certyfikatu 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:
 - 1) ustnie – telefonicznie pod numer telefonu 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje;
 - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo drogą pocztową na ten adres, z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie.
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 razie 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. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., według właściwości określonej w § 13 ust. 1 i 2.
10. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

Właściwość sądowna

§ 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 teleadresowych wskazanych w § 10 ust. 12 nie stanowi zmiany umowy.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU oraz umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
4. Opodatkowanie świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia regulują przepisy polskiego prawa podatkowego, w szczególności ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r. poz. 361).

§ 15

1. Niniejsze SWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 23 marca 2021 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 integralną część są:
 - 1) Tabela nr 1 – Tabela złamań,
 - 2) Regulamin usług medycznych.

Tabela nr 1. 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 rzepek
Złamania – grupa III
kości czaszki (wyłącznie podstawy), z wyjątkiem sklepienia i twarzoczaszki
kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej oraz ogonowej)
kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nadkrętarzowe) oraz kości talerza biodrowego
kości kręgosłupa (wyłącznie kompresyjne złamania kręgu), z wyjątkiem wyrostków kolczystych i poprzecznych
kości udowej

Regulamin usług medycznych

Zakres świadczeń medycznych

§ 1

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w niniejszym Regulaminie oraz SWU.
 2. Przedmiotem świadczeń medycznych jest organizacja albo organizacja i pokrycie przez Towarzystwo kosztów świadczeń medycznych określonych w niniejszym Regulaminie. Świadczenia medyczne realizowane są na rzecz ubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Alarmowego Towarzystwa, w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia jednego z następujących zdarzeń medycznych:
 - 1) nagłego zachorowania lub
 - 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) Transport do placówki medycznej;
 - 8) Transport z placówki medycznej;
 - 9) Transport pomiędzy placówkami medycznymi;
 - 10) 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.
- 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 zgłosił uprzednio 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 były leczone w ciągu 3 miesięcy przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia, będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 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 rodzaje aktywności fizycznej, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną wymagające 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, dżungla, tereny lodowcowe.
 7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za działania lub zaniechania lekarzy, fizjoterapeutów oraz pielęgniarek, u których lub których wizyty zorganizowało, zgodnie z niniejszym Regulaminem.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych

§ 2

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie medyczne jest następstwem:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru oraz działania wojennego, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 2) spożycia przez ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia medycznego lub zwiększenie jego skutków;
 - 3) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza – 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;

Opisy świadczeń w ramach ubezpieczenia medycznego

§ 4

1. Medyczna Platforma Informacyjna

- 1) Na wniosek ubezpieczonego, w razie wystąpienia potrzeby medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na wymienione niżej tematy:
 - a) NATYCHMIASTOWA POMOC – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania,
 - b) UKĄSZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
 - c) JEDNOSTKI CHOROBOWE – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - d) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diety (np. zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoreszkowe, cukrzycowe, ubogobiałkowe, bogatobiałkowe, niskokaloryczne, niskocholesterolowe, redukcyjne), zdrowe odżywianie, aktywne spędzanie czasu wolnego, walka ze stresem, odpoczynek i sen,
 - e) PROFILAKTYKA – profilaktyka zachorowań na gripę, 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)

8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez ubezpieczonego do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa.
9. Informacje udzielane w ramach świadczenia „Medyczna Platforma Informacyjna” mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
10. W przypadku świadczenia „Dostarczenie leków” Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach w promieniu 50 km od miejsca pobytu.
11. W przypadku świadczeń medycznych wymagających zwolnienia służb medycznych, udzielających pomocy medycznej ubezpieczonemu w związku z zaistnieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia ubezpieczonego, udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez ubezpieczonego pisemnej zgody na powyższe w stosunku do Towarzystwa i podmiotów działających w jego imieniu. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, pod warunkiem iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej lub udostępnienie dokumentacji z leczenia.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie lub opóźnienie w wykonaniu świadczenia medycznego, jeśli opóźnienie lub niemożność wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami nadzwyczajnymi i niezależnymi od Towarzystwa, takimi jak strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego, siła wyższa, anomalie pogodowe, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych, ograniczonym lub niemożliwym dostępem do ubezpieczonego, względnie do miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie medyczne – mogącymi powodować niemożność realizacji danych świadczeń przez usługodawców.

Obowiązki ubezpieczonego

§ 3

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia medycznego, przed podjęciem działań we własnym zakresie, ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym Towarzystwa, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu +48 22 529 85 40;
 - 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 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.

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 pierwszego kontaktu

- 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.
- 2) Ubezpieczonemu przysługują dwa świadczenia w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

3. Dostarczenie leków

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, ubezpieczony (z uwagi na swój stan zdrowia) nie może opuszczać miejsca pobytu, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do miejsca pobytu ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza prowadzącego. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego Towarzystwa recepty niezbędnej do wykupienia leków.
- 2) Świadczenie przysługuje wyłącznie 2 razy na jedno zdarzenie medyczne. Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu najwyżej dwóch zdarzeń medycznych zaistniałych w 12-miesięcznym 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 100 zł. Powyżej tej kwoty koszt nabycia leków pokrywa ubezpieczony. Refundacja leków dotyczy tylko leków z recepty.
- 2) Ubezpieczonemu przysługuje wyłącznie jedno świadczenie refundacji leków w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

5. Wizyta u lekarza specjalisty

- 1) w przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego Centrum Alarmowe Towarzystwa – w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego – zorganizuje i pokryje koszty wizyty ubezpieczonego u lekarza specjalisty;
- 2) Danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwie wizyty u lekarza specjalisty w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

6. 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 przysługuje wyłącznie jedno świadczenie wizyty u lekarza w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

7. 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 przysługuje wyłącznie jedno świadczenie wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu, w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.
- 3) Towarzystwo pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu ubezpieczonego, której czas trwania nie przekracza trzech godzin.

8. Transport do placówki medycznej

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania zaszła 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, dostosowanymi 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 na jedno zdarzenie medyczne, maksymalnie do kwoty 300 zł w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

9. Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony przebywa w placówce medycznej i – zgodnie z dokumentacją medyczną – wymaga transportu z placówki medycznej do miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanymi 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 na jedno zdarzenie medyczne, maksymalnie do kwoty 300 zł w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

10. Transport pomiędzy placówkami medycznymi

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczony znalazł się w placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia, lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty transportu ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Alarmowego Towarzystwa, i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia ubezpieczonego. W przypadku gdy ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabiegi lub badania do innej placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do placówki medycznej, w której ubezpieczony jest leczony.
- 2) Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu pomiędzy placówkami medycznymi na jedno zdarzenie medyczne, maksymalnie do kwoty 300 zł w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

11. Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu

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

Roszczenia regresowe

§ 5

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

3. Nie przechodzą na Towarzystwo roszczenia ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, wobec osób, z którymi ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Towarzystwu przy dochodzeniu roszczeń regresowych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.
5. W razie zrzeczenia się, bez zgody Towarzystwa, przez ubezpieczonego praw do 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.



www.uniqa.pl