



Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Medyczny dla Klientów Banków Spółdzielczych
– indeks MEDBS/2021/03

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
	§ 3
	§ 4 ust. 4
	§ 12
	§ 14
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 3, 5, 6 i 7
	§ 7 ust. 2
	§ 13

OWU

§ 1

1. Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia Pakiet Medyczny – indeks MEDBS/2021/03 (dalej: 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, pisane wielką literą, oznaczają:

- 1) **Agent** – działający na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń przedsiębiorca, wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych;
- 2) **Bank** – bank spółdzielczy, będący Agentem Towarzystwa;
- 3) **Centrum Alarmowe Towarzystwa** – podmiot działający w imieniu i na rzecz Towarzystwa, zajmujący się zleconymi czynnościami ubezpieczeniowymi w ramach likwidacji szkód, a w szczególności organizacją świadczeń medycznych, przyjmujący zgłoszenia pod numerem telefonu + 48 22 575 96 04;
- 4) **Choroba przewlekła** – choroba charakteryzująca się powolnym rozwojem i długookresowym przebiegiem, wymagająca regularnych kontroli lub okresowych badań, zdiagnozowana u Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- 5) **Dziecko** – dziecko (dzieci) 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;
- 6) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – następny dzień kalendarzowy po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 7) **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 (dotyczy Regulaminu);
- 8) **Nagłe zachorowanie** – powstałe w sposób nagły pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, powodujące konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;
- 9) **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 ani innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia się Ubezpieczonego;
- 10) **Okres ubezpieczenia** – 12-miesięczny okres, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem zapłaty Składki, trwający nieprzerwanie od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, z możliwością automatycznego przedłużenia po jego upływie o kolejne 12-miesięczne okresy ubezpieczenia, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej;
- 11) **Partner** – wskazana we wniosku ubezpieczeniowym osoba, która w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia pozostaje z Ubezpieczającym w związku pozamałżeńskim i prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostającą 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; zmiana wskazania Partnera jest skuteczna od kolejnego Okresu ubezpieczenia, jeśli Umowa ubezpieczenia zostanie przedłużona;
- 12) **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, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;

- 13) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
- 14) **Potrzeba medyczna** – okoliczność uzasadniająca uzyskanie przez Ubezpieczonego informacji medycznej;
- 15) **Serwis transakcyjny** – kanał komunikacji Banku z klientami, dostępny pod właściwym adresem WWW przez zalogowanie na stronie internetowej za pomocą indywidualnie ustalonego identyfikatora i hasła;
- 16) **Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, płatna w miesięcznych ratach przez Ubezpieczającego;
- 17) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, wykorzystywany do działań zmierzających do przywrócenia Ubezpieczonemu stanu zdrowia sprzed Nieszczęśliwego wypadku;
- 18) **Strony** – Ubezpieczający i Towarzystwo;
- 19) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 20) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, mająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Towarzystwem Umowę ubezpieczenia;
- 21) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która została objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach pakietu wybranego przez Ubezpieczającego; w Pakiecie indywidualnym Ubezpieczonym jest tylko Ubezpieczający, w Pakiecie rodzinnym – Ubezpieczający, wskazany we wniosku ubezpieczeniowym Współmałżonek lub Partner oraz Dzieci;
- 22) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 23) **Uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego, którym jest Ubezpieczony;
- 24) **Współmałżonek** – wskazana we wniosku ubezpieczeniowym 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;
- 25) **Zdarzenia ubezpieczeniowe** – Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachorowanie, lub Potrzeba medyczna, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.

Przedmiot ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, lub Dziecka.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wybranym przez Ubezpieczającego pakiecie ubezpieczenia, przedstawionym w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń.

Zakres ubezpieczenia

§ 4

1. Ubezpieczonemu objętemu Umową ubezpieczenia przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w OWU.
2. Przedmiotem świadczeń medycznych jest organizacja albo organizacja i pokrycie przez Towarzystwo kosztów świadczeń medycznych określonych w OWU, 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 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 pakietu ubezpieczenia, świadczenia medyczne zgodnie z Tabelą nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń.
5. Towarzystwo spełnia świadczenia medyczne do wysokości limitów świadczeń określonych w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń. Limity świadczeń wskazane w Tabeli nr 1 – Zakres

ubezpieczenia i limity świadczeń, ustalone są łącznie dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie tej samej Umowy ubezpieczenia.

6. Spełnienie każdego świadczenia powoduje zmniejszenie limitu świadczeń. Spełnienie świadczeń, których łączna wartość wyczerpuje limit świadczeń, powoduje ustanie prawa Ubezpieczonych do świadczeń medycznych. Limity świadczeń lub limity zdarzeń są zależne od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu ubezpieczenia i dotyczą wszystkich Ubezpieczonych w ramach danej Umowy ubezpieczenia.
7. Wszystkie świadczenia medyczne realizowane są w następstwie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego dla danego świadczenia medycznego oraz z uwzględnieniem warunków dodatkowych i w zakresie szczegółowo uregulowanym w opisie poszczególnych świadczeń.
8. Limity świadczeń wskazane w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń, ulegają odnowieniu po każdym 12-miesięcznym Okresie ubezpieczenia, licząc od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Zawarcie i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

§ 5

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje poprzez złożenie wniosku ubezpieczeniowego, złożonego przez Ubezpieczającego u uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa lub za pośrednictwem Serwisu transakcyjnego.

2. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie przez Ubezpieczającego oświadczeń o treści i formie wymaganej przez Towarzystwo we wniosku ubezpieczeniowym oraz zapłata pierwszej raty Składki w należnej wysokości.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. Na podstawie zaakceptowanego przez Towarzystwo wniosku ubezpieczeniowego Towarzystwo wystawia Polisę, w której potwierdzona zostaje data zawarcia Umowy ubezpieczenia, Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz zakres ubezpieczenia i wysokość Składki.
5. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na Okres ubezpieczenia, licząc od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Po upływie każdego Okresu ubezpieczenia Umowa ubezpieczenia może ulec automatycznemu przedłużeniu o kolejne 12-miesięczne Okresy ubezpieczenia na tych samych warunkach, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej, ale nie dłużej niż do końca Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończy 80. rok życia. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy ubezpieczenia o kolejny okres powinno być złożone drugiej Stronie na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta.
7. Ubezpieczającym może być osoba, która:
 - 1) w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 79. roku życia;

Tabela nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń

Zakres ubezpieczenia (świadczenia medyczne)	Limity świadczeń	
	Pakiet indywidualny	Pakiet rodzinny
Wizyta lekarza pierwszego kontaktu w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lub u lekarza specjalisty (organizacja + pokrycie kosztów)	4 zdarzenia w Okresie ubezpieczenia, maks. 2 wizyty na zdarzenie	10 wizyt w Okresie ubezpieczenia, w tym najwyżej 3 wizyty domowe pediatry, 1 wizyta na zdarzenie
Dostarczenie leków (organizacja + pokrycie kosztów)	4 zdarzenia w Okresie ubezpieczenia, maks. 2 razy na zdarzenie	5 razy w Okresie ubezpieczenia, maks. 2 razy na zdarzenie
Refundacja leków (tylko po dostarczeniu)	2 razy w Okresie ubezpieczenia, maks. 300 zł	2 razy w Okresie ubezpieczenia, maks. 300 zł
Medyczna platforma informacyjna	bez limitów	bez limitów
Wizyta u lekarza rehabilitacji (organizacja + pokrycie kosztów)	2 razy w Okresie ubezpieczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty	5 razy w Okresie ubezpieczenia: zorganizowanie + pokrycie kosztów wizyty
Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego (organizacja + pokrycie kosztów)	2 razy w Okresie ubezpieczenia, maks. 3 h na 1 wizytę	6 razy w Okresie ubezpieczenia, maks. 3 h na 1 wizytę
Sprzęt rehabilitacyjny (organizacja + pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia)	1 raz w Okresie ubezpieczenia, maks. 300 zł	3 razy w Okresie ubezpieczenia, maks. 300 zł
Transport medyczny (organizacja + pokrycie kosztów): (1) z miejsca zamieszkania do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego (2) pomiędzy placówkami na polecenie lekarza prowadzącego (3) z placówki do domu	2 razy w Okresie ubezpieczenia dla każdego z rodzajów transportu	4 razy w Okresie ubezpieczenia dla każdego z rodzajów transportu
Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego (organizacja + pokrycie kosztów)	2 razy w Okresie ubezpieczenia	4 razy w Okresie ubezpieczenia
Badania	Na podstawie skierowania Centrum Alarmowego Towarzystwa lub lekarza prowadzącego, limit 10 badań w Okresie ubezpieczenia, w zakresie: (1) badania laboratoryjne (2) badania obrazowe – RTG (3) badania obrazowe – USG (4) diagnostyka kardiologiczna (EKG, Holter EKG, Holter RR, echo serca, próba wysiłkowa) (5) spirometria (6) badanie histopatologiczne wycinka (7) audiogram	brak

- 2) na stałe zamieszkuje na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) złożyła prawidłowo wypełniony wniosek ubezpieczeniowy;
 - 4) jest posiadaczem rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego w Banku.
8. Ochroną ubezpieczeniową w Pakiecie rodzinnym może zostać objęty Współmałżonek albo Partner, który w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 79. roku życia.
 9. Ochroną ubezpieczeniową w Pakiecie rodzinnym jest objęte Dziecko, które w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia albo, w przypadku gdy Dziecko uczy się i pozostaje na utrzymaniu Ubezpieczającego, nie ukończyło 25. roku życia.
 10. Jeden Ubezpieczający może mieć zawarte maksymalnie cztery Umowy ubezpieczenia w tym samym czasie.

Zmiana warunków ubezpieczenia

§ 6

1. Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków Umowy ubezpieczenia.
2. Propozycje zmiany warunków Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie lub na innym trwałym nośniku nie później niż 30 dni przed końcem aktualnego Okresu ubezpieczenia, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin na złożenie oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowane warunki.
3. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni od dnia otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 2, nie złoży na piśmie lub na innym trwałym nośniku oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki ubezpieczenia, Umowa ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu i rozwiąże się w ostatnim dniu aktualnego Okresu ubezpieczenia.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia, wygasa:
 - 1) w stosunku do wszystkich osób objętych ochroną ubezpieczeniową – z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - a) z dniem odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia,
 - b) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, jeśli nie nastąpiło przedłużenie Umowy ubezpieczenia o kolejny Okres ubezpieczenia,
 - c) z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona Składka, w przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia na skutek wypowiedzenia przez Ubezpieczającego Umowy ubezpieczenia,
 - d) w przypadku opłacania Składki w ratach i niezapłacenia w terminie kolejnej raty Składki – z upływem dodatkowego 7-dniowego terminu od dnia otrzymania wezwania do zapłaty,
 - e) z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 80. rok życia,
 - f) z dniem śmierci Ubezpieczonego będącego Ubezpieczającym;
 - 2) w stosunku do Współmałżonka/Partnera – z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - a) z dniem śmierci Współmałżonka/Partnera,
 - b) z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym Współmałżonek/Partner ukończył 80. rok życia;
 - 3) w stosunku do Dziecka – z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - a) z dniem śmierci Dziecka,
 - b) z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym Dziecko ukończyło 18. rok życia, a w przypadku gdy Dziecko uczy się i pozostaje na utrzymaniu Ubezpieczającego, z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym Dziecko ukończyło 25. rok życia.

Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia, wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

§ 8

1. 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 Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od niej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu w formie pisemnej lub ustnej podczas zarejestrowanej rozmowy telefonicznej. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w pełnej wysokości.
3. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia bez jednoczesnej obecności obu Stron przy użyciu środków porozumiewania się na odległość, Ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia mu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
4. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w formie pisemnej lub podczas zarejestrowanej rozmowy telefonicznej, ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który została zapłacona Składka i w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie woli o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku niezapłacenia w terminie kolejnej raty Składki Towarzystwo wzywa Ubezpieczającego do zapłaty Składki, z zagrożeniem że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności. W przypadku braku zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego z upływem dodatkowego terminu do uiszczenia raty Składki.
6. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie może być złożone za pośrednictwem Systemu transakcyjnego, o ile została udostępniona taka funkcjonalność.
7. Wygaśnięcie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego

§ 9

1. Ubezpieczający ma obowiązek:
 - 1) opłacać Składkę;
 - 2) powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych osobowych podanych we wniosku ubezpieczeniowym lub podczas zarejestrowanej rozmowy telefonicznej;
 - 3) przekazać Ubezpieczonemu OWU wraz z Informacją o istotnych postanowieniach Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Medyczny dla Klientów Banków Spółdzielczych – indeks MEDBS/2018/12, stanowiącą integralną część OWU, na piśmie lub, jeśli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.
2. Ubezpieczający jest uprawniony w szczególności do:
 - 1) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia tej Umowy;
 - 2) składania reklamacji, w tym skarg i zażaleń.

Obowiązki Towarzystwa

§ 10

Towarzystwo zobowiązane jest do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- 2) doręczenia Ubezpieczającemu Polisy;
- 3) wypłaty świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia;

- 4) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Składka

§ 11

1. Wysokość Składki jest uzależniona od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu ubezpieczenia.
2. Wysokość Składki za pakiet ubezpieczenia wybrany przez Ubezpieczającego wskazana jest we wniosku ubezpieczeniowym i w Polisie.
3. Składka jest należna za okres, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej, i jest płatna miesięcznie z góry przez Ubezpieczającego na właściwy rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo.
4. Termin zapłaty raty Składki przez Ubezpieczającego wskazany jest w Polisie, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Pierwsza rata Składki powinna zostać zapłacona nie później niż w ciągu 30 dni od dnia podpisania wniosku ubezpieczeniowego.
6. Za datę zapłaty Składki uważa się dzień uznania rachunku Towarzystwa odpowiednią kwotą określoną w Umowie ubezpieczenia.
7. W przypadku zaległości w opłaceniu Składki Towarzystwo zalicza wpłatę otrzymaną z tytułu Składki na poczet najwcześniej wymaganej zaległej Składki.

Opisy świadczeń medycznych

§ 12

1. **Wizyta lekarza pierwszego kontaktu w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lub wizyta u lekarza specjalisty**

Jeżeli w następstwie Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony wymaga udzielenia pomocy medycznej przez lekarza medycyny rodzinnej w warunkach domowych lub udzielenia pomocy medycznej przez lekarza specjalistę, Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje 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) lub u jednego z następujących lekarzy specjalistów: lekarza medycyny rodzinnej, lekarza chorób wewnętrznych, chirurga, ortopedy, laryngologa, okulisty, dermatologa, ginekologa, psychiatry, kardiologa, neurologa, urologa, pulmonologa.

Świadczenia są organizowane z uwzględnieniem limitów wskazanych w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń.

2. **Dostarczenie leków**

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 organizuje i pokryje koszty dostarczenia do Miejsca pobytu Ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza.

Świadczenie jest organizowane tylko w zakresie leków przepisanych na wizycie organizowanej przez Centrum Alarmowe Towarzystwa. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego Towarzystwa recepty niezbędnej do wykupienia leków.

Świadczenia są organizowane z uwzględnieniem limitów wskazanych w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń.

3. **Refundacja kosztów leków**

Jeżeli Centrum Alarmowe Towarzystwa organizowało świadczenie Dostarczenie leków, dwa razy w Okresie ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługuje również pokrycie kosztów leków przepisanych na receptę, do kwoty wskazanej w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń.

4. **Wizyta u lekarza rehabilitacji**

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

Świadczenia są organizowane z uwzględnieniem limitów wskazanych w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń.

5. **Wizyta fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu zalecona została rehabilitacja, Centrum Alarmowe Towarzystwa

zorganizuje i pokryje koszt wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej lub wizyty fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego, jeżeli rehabilitację można przeprowadzać w warunkach domowych.

Świadczenia są organizowane z uwzględnieniem limitów wskazanych w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń.

6. **Sprzęt rehabilitacyjny**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie z zaleceniem lekarza powinien korzystać ze Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje zakup lub wypożyczenie tego sprzętu, pokryje koszt zakupu lub wypożyczenia do limitu wskazanego w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń oraz pokryje koszt dostarczenia Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu Ubezpieczonego.

7. **Transport medyczny z Miejsca pobytu do Placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony ze względu na stan zdrowia nie może skorzystać z transportu własnego ani transportu publicznego i zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, wymaga transportu medycznego z Miejsca pobytu do Placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokryje koszt transportu Ubezpieczonego z wykorzystaniem środków transportu dostosowanych do jego stanu zdrowia.

Świadczenia są organizowane z uwzględnieniem limitów wskazanych w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń.

8. **Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi na polecenie lekarza prowadzącego**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony ze względu na stan zdrowia nie może skorzystać z transportu własnego ani transportu publicznego i zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, wymaga transportu medycznego pomiędzy Placówkami medycznymi na polecenie lekarza prowadzącego, Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokryje koszt transportu Ubezpieczonego z wykorzystaniem środków transportu dostosowanych do jego stanu zdrowia. Świadczenia są organizowane z uwzględnieniem limitów wskazanych w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń.

9. **Transport medyczny z Placówki medycznej do Miejsca pobytu**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony ze względu na stan zdrowia nie może skorzystać z transportu własnego ani transportu publicznego i zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, wymaga transportu medycznego z Placówki medycznej do Miejsca pobytu, Centrum Alarmowe Towarzystwa organizuje i pokryje koszt transportu Ubezpieczonego z wykorzystaniem środków transportu dostosowanych do jego stanu zdrowia.

Świadczenia są organizowane z uwzględnieniem limitów wskazanych w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń.

10. **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 organizuje i pokryje koszt wizyty pielęgniarki w Miejscu pobytu Ubezpieczonego w celu przeprowadzenia tych zabiegów.

Świadczenia są organizowane z uwzględnieniem limitów wskazanych w Tabeli nr 1 – Zakres ubezpieczenia i limity świadczeń.

11. **Medyczna platforma informacyjna**

- 1) **Telefoniczna informacja medyczna**

Na wniosek Ubezpieczonego (lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego, który nie ukończył 18. roku życia), w razie wystąpienia Potrzeby medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z personelem pielęgniarskim lub lekarskim, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej

oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- a) stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasad jej udzielania,
- b) sposobów postępowania w przypadku ukąszeń, użądleń i ugryzień przez zwierzęta,
- c) chorób, w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,
- d) zasad zdrowego odżywiania i diet (zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowych, cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, redukcyjnych), sposobów aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
- e) profilaktyki: zachorowań na grype, antynikotynowej, cukrzycy, chorób sercowo-naczyniowych, chorób i zwyrodnień kręgosłupa,
- f) wyjaśnienia opisów lub wyników wykonanych badań, jeśli Ubezpieczony dostarczy te wyniki do wglądu personelu,
- g) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań diagnostycznych, przebiegu tych badań i zabiegów, ogólnych informacji o interpretacji wyników badań,
- h) profilaktyki chorób związanych z wiekiem lub takich, dla których ryzyko zachorowania jest zależne od wieku – rodzaju i częstotliwości badań profilaktycznych, programów profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych,
- i) leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji między lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji, poziomu refundacji leków,
- j) alternatywnych metod leczenia i relaksacji – terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii i innych (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- k) promocji zdrowia,
- l) grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym inne problemy zdrowotne, rodzicom ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- m) działań, które należy podjąć przed podróżą zagraniczną oraz w jej trakcie, tj. szczepień, specyfiki poszczególnych krajów lub regionów świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

Ponadto w ramach Telefonicznej informacji medycznej Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewnia Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z personelem medycznym (lekarzem lub pielęgniarką).

2) Infolinia szpitalna

Centrum Alarmowe Towarzystwa udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Polski:

- a) Placówek medycznych (gabinetów lekarskich, przychodni, spółdzielni lekarskich, szpitali), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego,
- b) Placówek medycznych 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),
- d) aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- e) placówek opieki społecznej i hospicjów, placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Alarmowe Towarzystwa udzieli następujących informacji na temat znajdujących się na terytorium Polski szpitali:

- a) dostępności szpitali prywatnych,

- b) zakresu świadczeń medycznych realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne (specjalności medyczne, procedury zabiegowe),
- c) numerów telefonów do szpitali, pod którymi Ubezpieczony może zasięgnąć bardziej szczegółowych informacji,
- d) średnich cen usług medycznych w poszczególnych szpitalach.

Ponadto Centrum Alarmowe Towarzystwa poinformuje Ubezpieczonego:

- a) o czym pamiętać wybierając się do szpitala,
 - b) o czym pamiętać wychodząc ze szpitala,
 - c) na czym polega przygotowanie do zabiegu operacyjnego,
 - d) o badaniach, których powinien się spodziewać pacjent w czasie hospitalizacji wraz z informacją, na czym poszczególne badania polegają,
 - e) na co należy zwrócić uwagę w czasie odwiedzin bliskich w szpitalu.
- 3) Informacje udzielane Ubezpieczonemu w ramach Telefonicznej informacji medycznej oraz Infolinii szpitalnej mają charakter ogólny i informacyjny, nie mają charakteru diagnostycznego ani leczniczego, ani nie stanowią porady medycznej.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa (tj. dotyczące organizacji albo organizacji i pokrycia przez Towarzystwo kosztów świadczeń medycznych)

§ 13

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 alkoholu we krwi przynajmniej 0,2‰ albo do obecności alkoholu w wydychanym powietrzu przynajmniej 0,1 mg w 1 dm³;
 - 2) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub innych środków o działaniu odurzającym lub psychotropowym, 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) celowego, umyślnego działania, zaniechania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub umyślnego działania lub zaniechania osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 7) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: 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, których uprawianie wymaga 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;
 - 8) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotni-

- czego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego;
- 9) 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;
 - 10) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 11) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
2. Wyłączenia szczególne dotyczące Nagłego zachorowania: 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. Wyłączenia szczególne dotyczące Refundacji kosztów leków:
 - 1) z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są koszty leków, które Ubezpieczony przyjmuje na stałe w związku z zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi, jeśli po zajściu Nagłego zachorowania nie miała miejsca zmiana substancji czynnej, wielkości dawki lub sposobu dawkowania;
 - 2) z zakresu ubezpieczenia wyłączone są koszty leków, które nie zostały przepisane podczas wizyty u lekarza zorganizowanej przez Centrum Alarmowe Towarzystwa.
 4. Wyłączenia dotyczące organizacji świadczeń i pokrycia ich kosztów:
 - 1) Towarzystwo nie pokrywa kosztów świadczeń medycznych, do których wykonania Ubezpieczony miał zalecenia lekarskie przed Okresem ubezpieczenia;
 - 2) 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 brakiem możliwości realizacji świadczenia;
 - 3) 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.
 5. 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.

Obowiązki Ubezpieczonego

§ 14

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, pod numerem telefonu +48 22 575 96 04;
- 2) podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń medycznych, 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 zaistnienia Zdarzenia medycznego;
- 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Towarzystwa.

Reklamacje, właściwość sądów, prawo właściwe

§ 15

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 mogą wnieść reklamacje.
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 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.
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 05 06 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce UNIQA TU;
 - 2) w formie elektronicznej poprzez formularz na stronie uniaq.pl/reklamacje;
 - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo
 - 4) przesyłką pocztową na adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń 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 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 składaniu reklamacji 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 ust. 16.
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 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).
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, Ubezpieczyciel 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.
15. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
16. 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. 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.
17. W sprawach nieuregulowanych w OWU do Umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.

Postanowienia końcowe

§ 16

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.
2. Integralną część warunków ubezpieczenia 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.