

**INFORMACJA DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA PAKIET MEDYCZNY
zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej
i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1170 ze zm.)**

RODZAJ INFORMACJI	NR ZAPISU OWU
przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1 ust. 3, § 5, § 7.
ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności za- kładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§1 ust. 3, § 6, § 7 ust 5,7.

§1.

Postanowienia ogólne.

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny”, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia „Pakiet Usług Assistance”, zwanej dalej Umową ubezpieczenia, zawartej pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, zwaną dalej Ubezpieczycielem, a „Polisa-Życie” Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, zwaną dalej Ubezpieczającym, na rzecz klientów Ubezpieczającego, którzy zawarli z Ubezpieczającym Umowę podstawową.
- Do zakresu uprawnień Ubezpieczyciela należą:
 - przyjmowanie i rejestracja zgłoszeń zdarzeń;
 - weryfikacja uprawnień Ubezpieczonego/Mażonka do świadczeń przysługujących na podstawie Umowy ubezpieczenia;
 - rozpatrywanie roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia.
- Świadczenia na podstawie niniejszych OWU są udzielane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i dotyczą Zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
- Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje na piśmie osobie zainteresowanej, przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 roku. Informacje te mogą być przekazane na innym trwałym nośniku, jeśli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę.

§2. Definicje

Pojęcia w OWU pisane wielką literą mają znaczenie nadane im w niniejszym paragrafie:

- Choroba przewlekła** – to:
 - stan chorobowy zdiagnozowany przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długokresowym przebiegiem,
 - choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną Hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia.
- Członek rodziny** – Małżonek, wstępny, zstępny, brat, siostra, bratanek, bratanica, siostrzeniec, siostrzenica, ojczym, macocha, pasierb, teść, teściowa, zięć, synowa, bratowa, szwagier, szwagierka, przysposobiony, przysposabiający, pozostający pod opieką lub przyjęty na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu przepisów prawa rodzinnego.
- Deklaracja woli** – dokument zawierający oświadczenie woli osoby zainteresowanej przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia i zgodę na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową.
- Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny i związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie.
- Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadził leczenie Ubezpieczonego, niebędący Członkiem rodziny ubezpieczonego ani Lekarzem Ubezpieczyciela.
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela.
- Małżonek** – osoba, która pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
- Miejsce pobytu** – adres na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany przez Ubezpieczonego lub Małżonka podczas zgłoszenia zdarzenia do Ubezpieczyciela.
- Miejsce zamieszkania** – adres budynku lub lokalu mieszkalnego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany przez Ubezpieczonego jako miejsce stałego zamieszkania.
- Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający zdrowiu lub życiu.
- Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, przypadkowe zdarzenie, wywołane Przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego osoba poszkodowana, niezależnie od swej woli, doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.
- Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony w zakresie opisanym w OWU.
- Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie losowe, które było wyłącznym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia obrażeń ciała, polegające na oddziaływaniu na ciało:
 - energii kinetycznej – czynników mechanicznych lub siły grawitacji powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
 - energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
 - czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc;
 - czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.
- Rodzic Małżonka** – rodzic Małżonka lub ojczym i macocha Małżonka, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Małżonka;

- Rodzic Ubezpieczonego** – rodzic Ubezpieczonego lub ojczym i macocha Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego;
- Sanatorium** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład lecznictwa uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa), zgodnie z art. 6 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.
- Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt zalecony przez Lekarza prowadzącego leczenie, niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu lub Małżonkowi samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- Szpital** – podmiot leczniczy, świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa dotyczących funkcjonowania placówek medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, zakładu opiekuńczo-leczniczego, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, szpitali sanatoryjnych, szpitali rehabilitacyjnych.
- Transport medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu lub Małżonkowi przez Ubezpieczyciela, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za Transport medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej.
- Trudna sytuacja losowa** – zgon Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego lub Dziecka, zgon Rodziców Ubezpieczonego lub zgon Rodziców Małżonka, wystąpienie u Ubezpieczonego lub Małżonka poważnego zachorowania.
- Ubezpieczający** – „Polisa-Życie” Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. VIENNA INSURANCE GROUP, z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jerozolimskich 162 A, 02-342 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000057533, posiadająca nadany numer REGON: 011133445, NIP: 5251001382;
- Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela w ramach Umowy podstawowej, która wyraziła chęć bycia objętą ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia Pakiet Medyczny, na podstawie Deklaracji woli.
- Ubezpieczyciel** – AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 50b, 02-672 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000189340, posiadająca nadany numer NIP: 107-00-00-164, REGON: 015647690, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L’Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.
- Umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia Pakiet Usług Assistance, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na rzecz Ubezpieczonych. Zakres ubezpieczenia regulują niniejsze OWU.
- Umowa podstawowa** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na życie z Opcją Funduszy Super Gwarancja.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i które uprawnia do skorzystania z pomocy w zakresie wynikającym z OWU; za Zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się:
 - Nagle zachorowanie Ubezpieczonego lub Małżonka;
 - Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego lub Małżonka;
 - Co najmniej 3 dniowa Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka;
 - Co najmniej 5 dniowa Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka;
 - Trudna sytuacja losowa Ubezpieczonego lub Małżonka.

§3.

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela

- Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić wyłącznie osoba fizyczna, która jest objęta ochroną z tytułu Umowy podstawowej.
- Podstawą przystąpienia do Umowy ubezpieczenia jest złożenie Deklaracji woli.
- Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o objęciu ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia osoby, o której mowa w ust. 1, w trybie uzgodnionym w Umowie ubezpieczenia oraz przekazać tej osobie OWU, przed wypełnieniem Deklaracji woli.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z pierwszym dniem Okresu ochrony ubezpieczeniowej, przy czym nie wcześniej aniżeli w dniu opłacenia przez Ubezpieczającego całej składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego.
- Ubezpieczony ma prawo do wystąpienia z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W tym celu Ubezpieczony składa Ubezpieczającemu pisemne i podpisane przez siebie oświadczenie woli wystąpienia z Umowy ubezpieczenia, zawierające dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje z dniem złożenia oświadczenia.

6. Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony z możliwością jej wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
7. Dla osób zgłoszonych do Umowy ubezpieczenia przed końcem okresu wypowiedzenia, ochrona ubezpieczeniowa kończy się wraz z upływem miesiąca kalendarzowego, następującego po upływie 3- miesięcznego okresu wypowiedzenia, pod warunkiem, że została za nie opłacona składka. Do osób tych, mimo rozwiązania umowy, stosuje się odpowiednio jej postanowienia.
8. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia na piśmie w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:
 - 1) z końcem dnia, w którym Ubezpieczony wystąpił z Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 5;
 - 2) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 8;
 - 3) z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy podstawowej;
 - 4) z chwilą upływu okresu wypowiedzenia, zgodnie z ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 7.
10. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§4. Składka Ubezpieczeniowa

Składka ubezpieczeniowa jest finansowana w całości przez Ubezpieczającego i została określona w Umowie ubezpieczenia.

§5. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń, określonych w ustępie 3-7, w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, oraz świadczenia informacyjne określone w ust. 9.
3. W razie Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
 - 1) **dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie** – w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek wymaga leczenia, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie;
 - 2) **pokrycie kosztów leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie** – w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek wymaga leczenia, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie, do kwoty 300 złotych;
 - 3) **dostarczenie posiłków** – wraz z pokryciem kosztów gotowych posiłków, w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek wymaga leczenia, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie, do łącznej kwoty 150 złotych w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) **Transport medyczny z Miejsca zamieszkania do Placówki medycznej**, wskazanej przez Lekarza prowadzącego leczenie, w razie konieczności pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka w Placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna, w opinii Lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 5) **Transport medyczny z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania**, na podstawie pisemnego zalecenia transportu od Lekarza prowadzącego leczenie;
 - 6) **Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi** – w sytuacji gdy Placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony lub Małżonek nie odpowiada, zgodnie z pisemną opinią Lekarza prowadzącego leczenie, wymogom odpowiednim dla jego stanu zdrowia albo gdy Ubezpieczony lub Małżonek jest skierowany na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej;
 - 7) **proces rehabilitacyjny** – na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie; proces rehabilitacyjny obejmuje:
 - a) koszty wizyt fizykoterapeuty w domu, do łącznej kwoty 600 złotych w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, lub
 - b) koszty transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej, do łącznej kwoty 600 złotych w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) **wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego** – na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie używania Sprzętu rehabilitacyjnego, do łącznej kwoty 400 złotych w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) **dostarczenie do Miejsca pobytu Sprzętu rehabilitacyjnego** – na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie używania Sprzętu rehabilitacyjnego, do łącznej kwoty 400 złotych w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W razie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
 - 1) **wizyta lekarska** – w Placówce medycznej lub w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka (wraz z pokryciem kosztów dojazdu i honorariów lekarza), o ile nie jest konieczna, w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego, interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 2) **wizyta pielęgniarki** – w Miejscu pobytu Ubezpieczonego (wraz z pokryciem kosztów dojazdu i honorariów pielęgniarki), na podstawie pisemnego zalecenia pomocy pielęgniarskiej od Lekarza prowadzącego leczenie.
5. W razie co najmniej 3 dniowej Hospitalizacji na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
 - 1) **dostarczenie rzeczy osobistych** – za pośrednictwem kuriera, z Miejsca zamieszkania do Szpitala, po uzyskaniu informacji przez Lekarza Ubezpieczyciela od

- 2) **przjazd Członka rodziny** – obejmujący pokrycie kosztów biletów autobusowych lub kolejowych I klasy dla jednego Członka rodziny oraz jego zakwaterowanie w hotelu, do łącznej kwoty 300 złotych w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) **opieka nad psami/kotami** – obejmująca transport oraz pobyt psów/kotów w hotelu lub schronisku dla zwierząt, gwarantującą całodobową opiekę nad zwierzętami, do łącznej kwoty 500 zł i nie dłużej niż przez okres 3 dni, w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego. Transport Zwierząt domowych jest realizowany na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą, po uzyskaniu informacji przez Lekarza Ubezpieczyciela od Lekarza prowadzącego leczenie co do przewidywanego czasu Hospitalizacji oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach obowiązkowych;
 - 4) **opieka nad Dziećmi** – w Miejscu zamieszkania, po uzyskaniu informacji przez Lekarza Ubezpieczyciela od Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego lub Małżonka co do przewidywanego czasu Hospitalizacji, do kwoty 500 złotych i nie dłużej niż przez okres 3 dni, w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego; Opieka nad Dziećmi jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą;
6. W razie co najmniej 5 dniowej Hospitalizacji na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
- 1) **pomoc domowa oraz pielęgniarska** – po zakończeniu Hospitalizacji, do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego; świadczenie dotyczy pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych, pomocy w ubraniu i umyciu się, pomocy w podaniu leków i zrobieniu zastrzyków przepisanych przez Lekarza prowadzącego leczenie a także pomocy w przygotowaniu posiłków, zrobieniu zakupów, wykonywaniu drobnych porządków (odkurzanie, zmywanie, mycie podłóg);
 - 2) **świadczenie sanatoryjne** – po zakończeniu Hospitalizacji, na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie, obejmujące następujące koszty pobytu w Sanatorium:
 - a) zakwaterowania,
 - b) wyżywienia,
 - c) zaleconych zabiegów;
 Powyższe koszty są pokrywane do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. W razie Trudnej sytuacji losowej Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty pomocy psychologa.
8. Wszystkie świadczenia wymienione w ust. 3-7 pokrywane są do łącznej kwoty 1600 złotych, która stanowi górną granicę odpowiedzialności w 12 miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej, oddzielnie w odniesieniu do Ubezpieczonego i Małżonka, z zastrzeżeniem, że limity wymienione w ust. 3 pkt 2), 3), 7), 8), 9), ust. 5 pkt 1), 2), 3), 4), ust. 6 pkt 1), 2) zawierają się w tej kwocie. Limity, o których mowa w zdaniu poprzednim, mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych Zdarzeń ubezpieczeniowych.
9. Ponadto, Ubezpieczyciel oferuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi dostęp do infolinii medycznej w zakresie informacji o:
- 1) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
 - 2) działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży;
 - 3) placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - 4) placówkach handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny;
 - 5) informacje o dietach, zdrowym żywności;
 - 6) możliwość telefonicznej rozmowy z Lekarzem Ubezpieczyciela, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu lub Małżonkowi odpowiedzi na zadane pytania.
10. Tabela (limity świadczeń „Pakiet Medyczny”):

Osoba objęta ochroną: Ubezpieczony, Małżonek			
Rodzaj Zdarzenia ubezpieczeniowego	Rodzaj świadczenia	Limit kwotowy na świadczenie w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego	Łączny limit kwotowy na Ubezpieczonego /Małżonka w 12 miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej
Nagle zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego lub Małżonka	dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie		1600 złotych
	pokrycie kosztów leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie	300 złotych	
	dostarczenie posiłków	150 złotych	
	Transport medyczny z Miejsca zamieszkania do Placówki medycznej		
	Transport medyczny z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania		
	Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi		
	proces rehabilitacyjny	600 złotych	
	wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	400 złotych	
	dostarczenie do Miejsca pobytu Sprzętu rehabilitacyjnego	400 złotych	

Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego lub Małżonka	wizyta lekarska		
	wizyta pielęgniarki		
co najmniej 3 dniowa Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka	dostarczenie rzeczy osobistych	150 złotych	
	przyjazd Członka rodziny	300 złotych	
	opieka nad psami/kotami	500 złotych/3 dni	
	opieka nad Dziećmi	500 złotych/3 dni	
co najmniej 5 dniowa Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka	pomoc domowa oraz pielęgnarska	500 złotych	
	świadczenie sanatoryjne	1000 złotych	
Trudna sytuacja losowa Ubezpieczonego lub Małżonka	pomoc psychologa		
Na życzenie	Infolinia medyczna	nie dotyczy	nie dotyczy

§6.

Wyłączenia odpowiedzialności

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe z tytułu lub następcie:
 - zdarzeń, do których doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
 - umyślnego działania Ubezpieczonego/Małżonka;
 - rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności lub zasadom współżycia społecznego;
 - popelnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub usiłowania popelnienia przestępstwa;
 - umyślnego samookaleczenia lub usiłowania popelnienia samobójstwa (dotyczy Ubezpieczonego lub Małżonka);
 - katastrof naturalnych, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, epidemii lub pandemii;
 - leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej medycznie skuteczności;
 - zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
 - leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków, skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
 - Chorób przewlekłych;
 - Zaburzeń psychicznych, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
 - spożycia alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezabardowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniami ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji;
 - uprawiania przez Ubezpieczonego lub Małżonka następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od Ubezpieczyciela: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, szczególnym okolicznościami, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§7.

Postępowanie w razie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego

- W razie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego i chęci skorzystania ze świadczeń określonych w §5 ust. 3-7, Ubezpieczony lub Małżonek powinien niezwłocznie skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu 22 522 27 30 i podać następujące informacje:
 - status osoby zgłaszającej (Ubezpieczony/Małżonek)
 - PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - miejsce pobytu osoby zgłaszającej,
 - numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą,
 - opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - inne informacje niezbędne pracownikowi Ubezpieczyciela do realizacji świadczeń.
- Ponadto, w celu realizacji świadczenia sanatoryjnego (§ 5 ust. 6 pkt 2) Ubezpieczony/Małżonek zobowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, zawierającą:
 - informację o dacie początku i końca Hospitalizacji Ubezpieczonego lub Małżonka oraz jej przyczynach, pozwalających ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela;
 - pisemne zalecenie lub skierowanie od Lekarza prowadzącego leczenie, przeprowadzenia leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskowej;
 - pisemne potwierdzenie od Lekarza prowadzącego leczenie o braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskowej.
- Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
- Jeżeli Ubezpieczony/Małżonek z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty

świadczeń określonych w §5 ust. 3-7, powinien poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela w terminie 7 dni od dnia, kiedy skontaktowanie z Ubezpieczycielem stało się możliwe. Ubezpieczyciel zwraca ww. koszty świadczeń na podstawie przedłożonych Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczonego dokumentów potwierdzających fakt zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienia tych kosztów, z zastrzeżeniem że Ubezpieczyciel zwraca koszty poniesione przez Ubezpieczonego, do wysokości rzeczywistych poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do kwoty limitu świadczeń ustalonego w OWU dla danego świadczenia, do wysokości łącznej kwoty określonej w §5 ust. 8.

- W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia w terminie, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie odpowiedzialności, okoliczności i skutków Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie, o którym mowa w ust. 3, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
- W przypadku zorganizowania świadczeń we własnym zakresie przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku zorganizowania usług we własnym zakresie, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 3.

§8.

Postanowienia końcowe

- Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
- Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy mogą złożyć reklamację:
 - pisemnie – przesyłką pocztową na adres AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - pością elektroniczną – przesyłając e-mail na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl,
 - ustnie – telefonicznie pod numer: (+48 22) 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku w dni robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela,
- Każda reklamacja złożona zgodnie z ust. 2 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 3, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania reklamacji. W takim przypadku Ubezpieczyciel poinformuje niezwłocznie składającego reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.
- O ile składający reklamację nie złożył wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na reklamację zostanie udzielona przez Ubezpieczyciela w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia reklamacji.
- Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania od Dyrektora Oddziału Ubezpieczyciela. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest pocztą lub zgodnie z ust. 4.
- Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
- Osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w Ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, o którym mowa w Ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Biurowo Rzecznika Finansowego

Al. Jerozolimskie 87

02-001 Warszawa

tel. +48 22 333 73 26, +48 22 333 73 27 – Recepcja

faks +48 22 333 73 29

www.rf.gov.pl

- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o prawach konsumenta, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie Umowy ubezpieczenia.
- Prawem właściwym dla OWU jest prawo polskie.
- Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
- Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
- 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.
- Niniejsze OWU przyjęte zostały Uchwałą Ubezpieczyciela nr U/005/2018 z dnia 24.01.2018 r. i wchodzi w życie z dniem 01.02.2018 r.