

**INFORMACJA DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
 „ASSISTANCE MEDYCZNY” zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności
 ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

	Rodzaj informacji	Nr zapisu OWU
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 2 § 1 ust. 4 w związku z § 2 § 4 § 5
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 5 § 7.2, § 7.3, § 7.4 § 8.2, § 8.3, § 8.4 § 9.2, § 9.3, § 9.4 § 10.2, § 10.3, § 10.4 § 11.1, § 11.2, § 11.3, § 11.4 § 12.2, § 12.3, § 12.4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „ASSISTANCE MEDYCZNY”

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Assistance Medyczny” (dalej „OWU Assistance Medyczny”) mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia (dalej „Umowa Ubezpieczenia Assistance Medyczny”), zawartej pomiędzy AWP P&C SA Oddział w Polsce (dalej „Ubezpieczyciel”) a Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. (dalej „Ubezpieczający”) na rzecz Ubezpieczonych.
- O ile Umowa Ubezpieczenia Grupowego na Życie nie stanowi inaczej, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:
 - w wariantcie I – Ubezpieczonego,
 - w wariantcie II – Małżonka/ Partnera Życiowego Ubezpieczonego,
 - w wariantcie III – Dziecko/ Dzieci Ubezpieczonego.
- Pod warunkiem przystąpienia do wariantu I, Ubezpieczony może dokupić wariant II i/lub wariant III.
- Na podstawie niniejszych OWU Assistance Medyczny i o ile Umowa Ubezpieczenia Grupowego na Życie tak przewiduje, Ubezpieczyciel zapewni Ubezpieczonym ochronę w zakresie:
 - Ubezpieczenia „Assistance Medyczny”, o którym mowa w § 7 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy”, o którym mowa w § 8 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku Nowotworu”, o którym mowa w § 9 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku zawału serca lub Udaru Mózgu”, o którym mowa w § 10 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Powtórna Opinia Medyczna”, o którym mowa w § 11 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku śmierci Ubezpieczonego”, o którym mowa w § 12 OWU Assistance Medyczny,
 co zostanie potwierdzone w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medyczny.
- Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie niniejszych OWU Assistance Medyczny jest udzielana na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem usługi assistance w ramach ubezpieczenia „Assistance Medyczny” – pomoc medyczna za granicą oraz w ramach ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku śmierci Ubezpieczonego”.

§ 2. DEFINICJE

- Bójka** – starcie fizyczne pomiędzy co najmniej trzema osobami, z których każda jednocześnie atakuje i broni się, w trakcie którego występuje niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia ciężkiego bądź średniego uszczerbku na zdrowiu.
- Centrum Telemedyczne** – czynne całą dobę centrum obsługujące Ubezpieczonych w zakresie Teleopieki Kardiologicznej, należące do podmiotu leczniczego Świadczeniodawcy.
- Certyfikat Ubezpieczenia Assistance Medyczny** – dokument przekazywany Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego, potwierdzający datę objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela (początek Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej), w którym określony jest zakres udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej oraz podany jest numer telefonu do Ubezpieczyciela.
- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- Choroba Przewlekła** –
 - stan chorobowy, zdiagnozowany przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem
 - choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną Hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.
- Choroba Psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
- Czasowa Niezdolność do Pracy** – powstała w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej czasowa niezdolność do wykonywania pracy, orzeczona przez Lekarza Prowadzącego Leczenie i potwierdzona wydanym zaświadczeniem lekarskim lub dokumentem wydanym przez inny organ uprawniony do orzekania w zakresie niezdolności do pracy.
- Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego, a także, jeżeli tak określają poszczególne postanowienia niniejszych OWU Assistance Medyczny – dziecko Małżonka albo Partnera Życiowego własne lub przysposobione, które nie ukończyło dwudziestu pięciu lat.
- Dzień Roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie.
- Katastrofy Naturalne** – trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne.
- Konsultant** – podmiot leczniczy działający poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wyznaczony przez Ubezpieczyciela do współpracy w celu przeprowadzenia Zagranicznej Konsultacji Medycznej, upoważniony do udzielenia Powtórnej Opinii Medycznej.

- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela.
- Lekarz Prowadzący Leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego lub Małżonka/ Partnera Życiowego bądź Dziecka, niebędący członkiem rodziny ani Lekarzem Ubezpieczyciela.
- Macocha** – aktualna w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego żona ojca Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego, oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.
- Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu *Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego*.
- Nagle Zachorowanie** – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, Małżonka/ Partnera Życiowego, Dziecka, Rodzica.
- Niepełnoletnie Dziecko** – Dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione, które nie ukończyło 18 roku życia.
- Niezależny Wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, Małżonka/ Partnera Życiowego, Dziecka, Rodzica nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które spowodowało obrażenia ciała.
- Nowotwór**, który oznacza:
 - nowotwór złośliwy – oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Prawo do skorzystania z ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku Nowotworu”, o którym mowa w § 9 OWU Assistance Medyczny, zostanie przyznane, jeśli obecność nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii lub patomorfologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:
 - guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
 - wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
 - mięsak Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
 - nowotwory prostaty histologicznie opisywane jako T1 w Klasyfikacji TNM [łączenie z T1 (a) lub T1 (b), lub równoważne według innej klasyfikacji];
 - raka brodawkowatego tarczycy spełniającego kryteria „microcarcinoma” w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania albo

- nowotwór o granicznej złośliwości, który oznacza wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:

- stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN 3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
- nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
- zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;
- raka brodawkowatego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (microcarcinoma), wymagającego zabiegu operacyjnego;
- wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) wg badania histopatologicznego wymagające:
 - zabiegu operacyjnego i chemioterapii/radioterapii lub
 - więcej niż jednego zabiegu operacyjnego.

Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

W odniesieniu do nowotworu o granicznej złośliwości za datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę postawienia wstępnej diagnozy nowotworu o granicznej złośliwości przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z zdiagnozowaną chorobą.

- Okres Ochrony Ubezpieczeniowej** – okres jednego miesiąca liczony odpowiednio od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny na zasadach opisanych w niniejszych OWU Assistance Medyczny, a następnie każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu.
- Ojczym** – aktualny w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego mąż matki Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
- Osoba do Opieki** – osoba wyznaczona pisemnie przez Ubezpieczonego lub Małżonka/ Partnera Życiowego do opieki nad jego Niepełnoletnim Dzieckiem i/lub Zwierzętami Domowymi bądź osoba występująca w imieniu Ubezpieczonego lub Małżonka/ Partnera Życiowego i sprawująca opiekę nad jego Niepełnoletnim Dzieckiem i/lub Zwierzętami Domowymi.
- Osoba Kontaktowa** – osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do kontaktu ze Świadczeniodawcą w imieniu Ubezpieczonego oraz do otrzymania wyników badań Ubezpieczonego, udostępnionych przez Świadczeniodawcę, na zasadach opisanych w niniejszych OWU Assistance Medyczny.

25. **Osoba Niesamodzielną** – osoba zamieszkała z Ubezpieczonym lub Małżonkiem/Partnerem Życiowym, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki.
26. **Osoba Upoważniona** – osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymywania i przekazywania Ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej Ubezpieczonego na zasadach określonych w ubezpieczeniu „Powtórna opinia medyczna”, o którym mowa w § 11 OWU Assistance Medyczny.
27. **Partner Życiowy** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym i niebędąca w innym związku małżeńskim, zgłoszona do ubezpieczenia we Wniosku Przystąpienia do Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że Ubezpieczony może zgłosić do ubezpieczenia Partnera Życiowego tylko jeden raz w okresie kolejnych 24 miesięcy od poprzedniego wskazania, pod warunkiem iż sam Ubezpieczony nie pozostaje w innym formalnym związku małżeńskim. Partnerem Życiowym nie może być osoba spokrewniona z Ubezpieczonym.
28. **Płacówka Medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W przypadku świadczenia assistance „Pomoc medyczna za granicą” – w ramach systemu opieki zdrowotnej państwa innego niż Rzeczypospolita Polska.
29. **Poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 22 tygodnie.
30. **Powtórna Opinia Medyczna** – opinia będąca rezultatem Zagranicznej Konsultacji Medycznej, dostarczona przez Ubezpieczyciela na piśmie lub w formie elektronicznej Ubezpieczonemu lub Osobie Upoważnionej.
31. **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego albo Macocha lub Ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego oraz, w wariancie II, ojciec lub matka Małżonka/Partnera Życiowego Ubezpieczonego albo Macocha lub Ojczym Małżonka/Partnera Życiowego Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Małżonka/ Partnera Życiowego Ubezpieczonego.
32. **Sanatorium** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład lecznictwa uzdrowskiego (szpital uzdrowski, sanatorium uzdrowskowie, przychodnia uzdrowskowa), zgodnie z art. 6 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowskim, uzdrowskich i obszarach ochrony uzdrowskiej oraz o gminach uzdrowskich.
33. **Siła Wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Ubezpieczyciela lub uniemożliwia Ubezpieczonemu lub osobie objętej ochroną ubezpieczeniową zgłoszenie Zdarzenia Ubezpieczeniowego do Ubezpieczyciela.
34. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający samodzielne lub ulatwione funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodźki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, walek, półwalek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulerkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurowka łędźwiowo-krzyżowa, gorset Jewetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepukulinowy.
35. **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. W przypadku świadczenia assistance „Pomoc medyczna za granicą” – w ramach systemu opieki zdrowotnej państwa innego niż Rzeczypospolita Polska. Pojęcie to nie obejmuje domów opieki, hospicjów, zakładów opiekuńczo-leczniczych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowskich, szpitali sanatoryjnych, szpitali rehabilitacyjnych.
36. **Świadczeniodawca** – Telemedycyna Polska SA z siedzibą w Katowicach przy ul. Modelarskiej 12, 40-142 Katowice, podmiot świadczący na zlecenie Ubezpieczyciela usługę Teleopieki Kardiologicznej na rzecz Ubezpieczonego.
37. **Teleopieka Kardiologiczna** – usługa realizowana na odległość za pomocą systemów telemedycznych przez Świadczeniodawcę na rzecz Ubezpieczonego, zgodnie z zakresem określonym w niniejszych OWU Assistance Medyczny.
38. **Transport Medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu/Małżonkowi/Partnerowi Życiowemu/Dziecku przez Ubezpieczyciela, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia w opinii Lekarza Prowadzącego Leczenie lub dyspozytora pogotowia ratunkowego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za Transport Medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej.
39. **Trudna Sytuacja Losowa** – zaistniałe w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej nagłe i nieprzewidziane zdarzenie, tj. Choroba Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, urodzenie martwego Dziecka, Poronienie, śmierć Dziecka, śmierć Małżonka, śmierć Rodzica.
40. **Ubezpieczający** – Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie (00-854) przy al. Jana Pawła II 17.
41. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, która na podstawie złożonego Wniosku Przystąpienia do Ubezpieczenia została zgłoszona do Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie oraz do Umowy Dodatkowej Assistance przez Ubezpieczającego.
42. **Ubezpieczyciel** – spółka pod firmą AWP P&C SA Oddział w Polsce, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France, z siedzibą 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 numerem KRS 0000189340.
43. **Udar Mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, rozumiany też jako zakrzepica, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET), a istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie neurologii nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się objawy mózgowe związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego. Do
- Udaru Mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
44. **Umowa Dodatkowa Assistance** – umowa zawierana na podstawie OWU Assistance Medyczny, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie w zakresie pomocy medycznej, zawierana na podstawie pisemnego wniosku pracodawcy, z którym Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. zawarło Umowę Ubezpieczenia Grupowego na Życie.
45. **Umowa Ubezpieczenia Grupowego na Życie** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. a pracodawcą, na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia oraz warunków umów dodatkowych oferowanych przez Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z tytułu której Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej i której zakres może zostać rozszerzony na wniosek pracodawcy o Umowę Dodatkową Assistance.
46. **Umowa Ubezpieczenia Assistance Medyczny** – umowa grupowego ubezpieczenia, w ramach której świadczone są usługi assistance, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych.
47. **Uprawiony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
48. **Wada Wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
49. **Wniosek Przystąpienia do Ubezpieczenia** – formularz zawierający oświadczenie woli przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, a także do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny, złożony przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową, oraz inne złożone przez nią oświadczenia i zgody.
50. **Zagraniczna Konsultacja Medyczna** – analiza dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną, dokonana przez Konsultanta. Analiza ma na celu weryfikację, potwierdzenie lub uzupełnienie diagnozy opisanej w tej dokumentacji. Analiza nie obejmuje bezpośrednich konsultacji ani innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a Konsultantem. Zagraniczna konsultacja medyczna wykonywana jest wyłącznie w przypadku stwierdzenia wystąpienia Ubezpieczonego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 51 pkt 5 OWU Assistance Medyczny.
51. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – nagłe i nieprzewidziane zdarzenie, które wystąpiło w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej i które – stosownie do postanowień niniejszych OWU Assistance Medyczny oraz obowiązujących przepisów prawa – stanowi podstawę wystąpienia do Ubezpieczyciela z roszczeniem o realizację świadczenia w zakresie:
- 1) ubezpieczenia „Assistance medyczny”, o którym mowa w § 7 OWU Assistance Medyczny – Nagłe Zachorowanie, Nieszczęśliwy Wypadek, Trudna Sytuacja Losowa, narodziny dziecka;
 - 2) ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy”, o którym mowa w § 8 OWU Assistance Medyczny – powstanie Czasowej Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Nagłego Zachorowania, trwającej przez okres co najmniej 30 dni;
 - 3) ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku Nowotworu”, o którym mowa w § 9 OWU Assistance Medyczny – dzień diagnozy Nowotworu;
 - 4) ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku zawału serca lub Udaru Mózgu”, o którym mowa w § 10 OWU Assistance Medyczny – dzień zdiagnozowania zawału serca lub zdiagnozowania Udaru Mózgu;
 - 5) ubezpieczenia „Powtórna Opinia Medyczna”, o którym mowa w § 11 OWU Assistance Medyczny – zdiagnozowanie jednej z 45 poważnych chorób Ubezpieczonego, wymienionych w § 11 ust. 2 OWU Assistance Medyczny;
 - 6) ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku śmierci Ubezpieczonego”, o którym mowa w § 12 OWU Assistance Medyczny – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku albo śmierć Ubezpieczonego wskutek Choroby.
52. **Zestaw Teleopieki Kardiologicznej** – aparat EKG, materiały eksploatacyjne, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione Ubezpieczonemu przez Świadczeniodawcę.
53. **Zwierzęta domowe** – należący do Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera życiowego pies lub kot.

§ 3. UMOWA UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNY

1. Umowa Ubezpieczenia Assistance Medyczny została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiadzenie należy przesłać w formie pisemnej listem poleconym, za potwierdzeniem odbioru, na ostatni znany adres odpowiednio Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny w terminie siedmiu dni od jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielił ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNY I WYSTĄPIENIE Z NIEJ

1. Do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny może przystąpić osoba objęta ochroną w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, która złożyła Ubezpieczającemu podpisany Wniosek Przystąpienia do Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny osoby, o której mowa w ust. 1 powyżej, w trybie uzgodnionym w Umowie Ubezpieczenia Assistance Medyczny, oraz przekazać tej osobie OWU Assistance Medyczny przed wypełnieniem Wniosku Przystąpienia do Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony ma prawo do wystąpienia z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny w każdym momencie jej trwania, pod warunkiem wystąpienia z Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, na podstawie złożonego Ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia

o wystąpieniu z Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, zawierającego dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego oraz prośbę o zaniechanie obejmowania ochroną ubezpieczeniową. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji.

4. Wystąpienie z Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie jest równoznaczne z wystąpieniem z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.

§ 5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z pierwszym dniem pierwszego miesięcznego Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej, przy czym nie wcześniej niż w dniu opłacenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego z uwzględnieniem prolongaty, tj. trzydziestodniowego okresu, o jaki Ubezpieczyciel odroczył opłacenie składki, liczonego od dnia następującego po upływie płatności składki. Okres Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej zostaje automatycznie przedłużony na kolejne miesięczne Okresy Ochrony Ubezpieczeniowej, o ile Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie postanowią inaczej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie lub w przypadku zajścia wcześniejszego z wymienionych niżej przypadków:
 - 1) z końcem dnia, w którym Ubezpieczony wystąpił z umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 4 ust. 3 OWU Assistance Medycznej;
 - 2) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 3 ust. 2 OWU Assistance Medycznej;
 - 3) z końcem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia, zgodnie z § 3 ust. 1 OWU Assistance Medycznej;
 - 4) w dniu rozwiązywania Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, na warunkach w niej określonych;
 - 5) w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 6. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminie określonym w Umowie Ubezpieczenia Assistance Medycznej.

§ 7. UBEZPIECZENIE „ASSISTANCE MEDYCZNY”

§ 7.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego i Rodzica Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa została rozszerzona i zostało to potwierdzone w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznej, jej przedmiotem jest również zdrowie:
 - 1) Małżonka i Rodzica Małżonka albo Partnera Życiowego i Rodzica Partnera Życiowego i/lub
 - 2) Dzieci Ubezpieczonego.

§ 7.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia assistance:

- 1) Transport Medyczny do Placówki Medycznej
W razie **Nieszcześliwego Wypadku** albo **Nagłego Zachorowania** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, wymagającego udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu Medycznego do Placówki Medycznej, jeżeli zgodnie z uzyskaną informacją, w opinii operatora pogotowia ratunkowego nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia.
Ubezpieczyciel pokrywa koszty Transportu Medycznego do Placówki Medycznej do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu ilościowego Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit kwotowy, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 2) Transport Medyczny pomiędzy Placówkami Medycznymi
W razie **Nieszcześliwego Wypadku** albo **Nagłego Zachorowania** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu Medycznego pomiędzy Placówkami Medycznymi, jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek/Partner Życiowy bądź Dziecko przebywa w Placówce Medycznej, która w opinii Lekarza Prowadzącego Leczenie nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony lub Małżonek/Partner Życiowy bądź Dziecko zostało skierowane przez Lekarza Prowadzącego Leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej.
Ubezpieczyciel pokrywa koszty Transportu Medycznego pomiędzy Placówkami Medycznymi do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu ilościowego Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit kwotowy, o którym mowa w zdaniu poprzednim jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 3) Transport Medyczny z Placówki Medycznej
W razie **Nieszcześliwego Wypadku** albo **Nagłego Zachorowania** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu Medycznego z Placówki Medycznej do wskazanego miejsca,

jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek/Partner Życiowy bądź Dziecko wymaga takiego transportu zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie. Ubezpieczyciel pokrywa koszty Transportu Medycznego do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu ilościowego Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit kwotowy, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.

- 4) Wizyta pielęgniarki
W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** albo **Nieszcześliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka oraz pokrywa koszty wynagrodzenia pielęgniarki, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie przez Lekarza Prowadzącego Leczenie zaleceniem taka wizyta jest wymagana.
Ubezpieczyciel pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 5) Dostarczenie leków
W razie **Nieszcześliwego wypadku** albo **Nagłego zachorowania** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka leków zaordynowanych przez Lekarza Prowadzącego Leczenie, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie Ubezpieczony lub Małżonek/Partner Życiowy bądź Dziecko wymaga leżenia.
Koszty leków pokrywa Ubezpieczony lub Małżonek/Partner Życiowy.
Ubezpieczyciel pokrywa koszty dostarczenia leków do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 6) Transport Sprzętu Rehabilitacyjnego
W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** albo **Nieszcześliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, Ubezpieczony lub Małżonek/Partner Życiowy bądź Dziecko powinno używać Sprzętu Rehabilitacyjnego.
Ubezpieczyciel pokrywa koszty transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 7) Wypożyczenie lub zakup Sprzętu Rehabilitacyjnego
W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** albo **Nieszcześliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Wypożyczenia lub zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego, jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek/Partner Życiowy bądź Dziecko, zgodnie z zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 8) Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego
W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** albo **Nieszcześliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty procesu rehabilitacyjnego, jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek/Partner Życiowy bądź Dziecko, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu.
Koszty procesu rehabilitacyjnego to koszty transportu Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka do poradni rehabilitacyjnej i wizyty w poradni rehabilitacyjnej albo koszty wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka.
Ubezpieczyciel pokrywa koszty procesu rehabilitacyjnego do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 9) Wizyta lekarza internisty lub lekarza pediatry
W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** albo **Nieszcześliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego u lekarza internisty/koszty wizyty Dziecka u lekarza pediatry w Placówce Medycznej lub pokrywa koszty dojazdu lekarza internisty do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, lub pokrywa koszty dojazdu lekarza pediatry do miejsca pobytu Dziecka i pokrywa koszty wynagrodzenia lekarza, jeżeli w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia.
Ubezpieczyciel pokrywa koszty wizyty lekarza internisty lub lekarza pediatry do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) Zdarzeń Ubezpieczeniowych przypadających na 1 (jednego) Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera

- Życiowego i Dziecko w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limity, o których mowa w zdaniu poprzednim, są ustalone odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 10) Wizyta lekarza specjalisty
W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel na podstawie skierowania lub pisemnego zlecenia Lekarza Prowadzącego Leczenie zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka u lekarza specjalisty, tj. chirurga, ortopedy, laryngologa, okulisty, neurologa, kardiologa, lekarza rehabilitacji, pulmonologa, otolaryngologa, neurochirurga w Placówce Medycznej i pokrywa koszty wynagrodzenia lekarza specjalisty. Ubezpieczyciel pokrywa koszty wizyty lekarza specjalisty do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) Zdarzeń Ubezpieczeniowych przypadających na 1 (jednego) Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i Dziecko w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limity, o których mowa w zdaniu poprzednim, są ustalone odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 11) Pomoc medyczna za granicą
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** albo **Nagłego Zachorowania** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, jeżeli zdarzenie to miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka w Placówce Medycznej lub pokrywa koszty dojazdu lekarza do miejsca pobytu za granicą Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka i pokrywa koszty wynagrodzenia lekarza. Ubezpieczyciel pokrywa koszty pomocy medycznej za granicą do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny) lub jej równowartości w walucie kraju, w którym miało miejsce Zdarzenie Ubezpieczeniowe, w przeliczeniu według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego z dnia zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 12) Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi i Niepełnoletnimi Dziećmi
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** lub **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki nad Osobami Niesamodzielnymi oraz Niepełnoletnimi Dziećmi zamieszkującymi wraz z Ubezpieczonym lub z Małżonkiem/Partnerem Życiowym. Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi oraz Niepełnoletnimi Dziećmi jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego i za jego pisemną zgodą. Ubezpieczyciel pokrywa koszty opieki nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi oraz Niepełnoletnimi Dziećmi do wysokości limitu kwotowego na dzień i przez liczbę dni wskazane w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalone na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limity, o których mowa w zdaniu poprzednim, są ustalone odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/Partnera Życiowego.
- 13) Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi w razie **Nieszczęśliwego Wypadku**
W razie **Nieszczęśliwego wypadku** Osoby Niesamodzielnej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki nad Osobą Niesamodzielną zamieszkującą wraz z Ubezpieczonym lub Małżonkiem/Partnerem Życiowym. Opieka nad Osobą Niesamodzielną jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego i za jego pisemną zgodą. Ubezpieczyciel pokrywa koszty opieki nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi do wysokości limitu kwotowego na dzień i przez liczbę dni wskazane w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalone na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Opieka nad Zwierzętami Domowymi
- 14) W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** lub **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa:
a) koszty Opieki nad Zwierzętami Domowymi w miejscu pobytu Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego,
b) koszty transportu Zwierząt Domowych do Osoby do Opieki lub do placówki wskazanej przez Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego.
Opieka nad Zwierzętami Domowymi jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego i za jego pisemną zgodą oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach obowiązkowych. Ubezpieczyciel pokrywa koszty opieki nad Zwierzętami Domowymi do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/Partnera Życiowego.
- 15) Pomoc psychologa w Trudnej Sytuacji Losowej
W przypadku wystąpienia **Trudnej Sytuacji Losowej** Ubezpieczonego lub Małżonka/ Partnera Życiowego w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy psychologa dla Ubezpieczonego lub Małżonka/ Partnera Życiowego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty pomocy psychologa w Trudnej Sytuacji Losowej do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/ Partnera Życiowego.
- 16) Dostarczenie posiłków
W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia posiłków do miejsca
- pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego wymaga leżenia. Usługa dotyczy dostarczenia gotowych posiłków. W zakres usługi nie wchodzi dostarczenie posiłków uwzględniających specjalistyczną dietę. Ubezpieczyciel pokrywa koszty dostarczenia posiłków do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/Partnera Życiowego. Koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony, Małżonka/Partner Życiowy.
- 17) Pomoc domowa
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** lub **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy domowej po zakończeniu Hospitalizacji. Usługa dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłków, robieniu zakupów, pomocy w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków, takich jak odkurzanie, mycie podłóg, mycie naczyń. W zakres usługi nie wchodzi mycie okien, odsuwanie mebli. Ubezpieczyciel pokrywa koszty pomocy domowej do wysokości limitu kwotowego za dzień i przez liczbę dni wskazane w Tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalone na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limity, o których mowa w zdaniu poprzednim, są ustalone odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/Partnera Życiowego.
- 18) Wizyta położnej
W przypadku **narodzin** Dziecka Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego oraz pokrywa koszty wynagrodzenia położnej w okresie trzydziestu dni po wyjściu matki ze Szpitala w związku z porodem. Ubezpieczyciel pokrywa koszty wizyt położnej do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu ilościowego w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem terminów wskazanych w pierwszym zdaniu. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/ Partnera Życiowego.
- 19) Transport Rodzica na wizytę kontrolną
W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu na wizytę kontrolną, na podstawie sporządzonego na piśmie przez Lekarza Prowadzącego Leczenie skierowania na wizytę kontrolną, o ile w opinii operatora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Ubezpieczyciel pokrywa koszty transportu Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/ Partnera Życiowego na wizytę kontrolną do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Rodzica Ubezpieczonego oraz Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego.
- 20) Osobisty asystent dla Rodzica
W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** lub **Nieszczęśliwego Wypadku** Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia osobistego asystenta, który będzie towarzyszył Rodzicowi Ubezpieczonego lub Rodzicowi Małżonka/ Partnera Życiowego podczas transportu na wizytę kontrolną (zalecaną w sporządzonym na piśmie przez Lekarza Prowadzącego Leczenie skierowaniu) do i z Placówki medycznej oraz będzie służył pomocą w rejestracji w Placówce Medycznej i przy wypisie z niej. Ubezpieczyciel pokrywa koszty usług osobistego asystenta dla Rodzica do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Rodzica Ubezpieczonego oraz Rodzica Małżonka/ Partnera Życiowego.
- 21) Pomoc domowa oraz pielęgnarska dla Rodzica
W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** lub **Nieszczęśliwego Wypadku skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy domowej oraz pielęgnarskiej Rodzicowi po zakończeniu Hospitalizacji, w związku ze sporządzonym na piśmie przez Lekarza Prowadzącego Leczenie zaleceniem pomocy pielęgnarskiej w miejscu pobytu Rodzica. Ubezpieczyciel pokrywa koszty pomocy domowej oraz pielęgnarskiej dla Rodzica do wysokości limitu kwotowego za dzień i przez liczbę dni wskazane w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalone na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Rodzica Ubezpieczonego oraz Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego.
- 22) Opieka nad Niepełnoletnim Dzieckiem w razie **Nieszczęśliwego Wypadku**
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** Niepełnoletniego Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki nad Niepełnoletnim Dzieckiem zamieszkującym wraz z Ubezpieczonym.
Opieka nad Niepełnoletnim Dzieckiem w razie **Nieszczęśliwego Wypadku** jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą. Ubezpieczyciel pokrywa koszty opieki nad Niepełnoletnim Dzieckiem w razie **Nieszczęśliwego Wypadku** do wysokości limitu kwotowego na dzień i przez liczbę dni wskazane w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalone na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

- 23) Przewóz Niepełnoletnich Dzieci do Osoby do Opieki
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** albo **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty przewozu Dzieci do miejsca zamieszkania Osoby do Opieki oraz powrotu Dzieci.
Przewóz Niepełnoletnich Dzieci do Osoby do Opieki odbywa się pod opieką osoby wskazanej przez Ubezpieczyciela. Przewóz Niepełnoletnich Dzieci do Osoby do Opieki jest realizowany na wniosek Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego oraz w sytuacji, gdy w miejscu pobytu Niepełnoletniego Dziecka nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę sprawować. Ubezpieczyciel pokrywa koszt biletów autobusowych lub kolejowych pierwszej klasy koniecznych do przewozu Niepełnoletnich Dzieci do Osoby do Opieki, do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/Partnera Życiowego.
- 24) Pobyt opiekuna
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutkującego Hospitalizacją** albo **Nagłego Zachorowania skutkującego Hospitalizacją** Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pobytu jednego opiekuna Dziecka w Szpitalu, o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych, lub w hotelu przyszpitalnym.
Ubezpieczyciel pokrywa koszty pobytu opiekuna do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 25) Prywatne lekcje dla Dziecka
W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej trzydniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Dziecka, Ubezpieczyciel pokrywa koszty organizacji prywatnych lekcji w miejscu pobytu Dziecka w okresie maksymalnie dziewięćdziesięciu dni od daty końcowej zwolnienia lekarskiego, jeżeli zostało ono wystawione przez Lekarza Prowadzącego Leczenie na okres dłuższy niż 7 (siedem) dni. Ubezpieczyciel pokrywa koszty organizacji Prywatnych lekcji dla Dziecka do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 26) Infolinia medyczna
W ramach Infolinii medycznej Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu lub Małżonkowi/Partnerowi Życiowemu dostęp do informacji dotyczących:
a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
b) diet, metod zdrowego żywienia,
c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
d) danych teled adresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
e) danych teled adresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
f) danych teled adresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
g) danych teled adresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
h) danych teled adresowych aptek czynnych przez całą dobę.
- 27) Infolinia baby assistance
W ramach Infolinii baby assistance Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu lub Małżonkowi/Partnerowi Życiowemu dostęp do informacji dotyczących:
a) objawów ciąży,
b) badań prenatalnych,
c) wskazówek w zakresie przygotowania się do porodu,
d) danych teled adresowych szkół rodzenia,
e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
f) karmienia noworodka,
g) obowiązkowych szczepień niemowląt,
h) pielęgnacji i opieki nad noworodkiem.

§ 7.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Tabela świadczeń

	USŁUGI ASSISTANCE	LIMITY KWOTOWE I ILOŚCIOWE			ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE	ZALECENIE LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE
		Ubezpieczony	Małżonek/Partner Życiowy	Dziecko (podane limity dotyczą każdego Dziecka)		
1)	Transport medyczny do Placówki Medycznej	2 000 zł	2 000 zł	2 000 zł	Nieszczęśliwy Wypadek lub Nagłe Zachorowanie Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego/ Dziecka	Tak
2)	Transport Medyczny pomiędzy Placówkami Medycznymi	2 000 zł	2 000 zł	2 000 zł	Nieszczęśliwy Wypadek lub Nagłe Zachorowanie Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego/ Dziecka	Tak
3)	Transport Medyczny z Placówki Medycznej	2 000 zł	2 000 zł	2 000 zł	Nieszczęśliwy Wypadek lub Nagłe Zachorowanie Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego/ Dziecka	Tak
4)	Wizyta pielęgniarki	800 zł	800 zł	800 zł	Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego/ Dziecka	Tak
5)	Dostarczenie leków	400 zł	400 zł	400 zł	Nieszczęśliwy Wypadek lub Nagłe Zachorowanie Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego/ Dziecka	Tak
6)	Transport Sprzętu Rehabilitacyjnego	1 200 zł	1 200 zł	1 200 zł	Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego/ Dziecka	Tak
7)	Wypożyczenie lub zakup Sprzętu Rehabilitacyjnego	1 200 zł	1 200 zł	1 200 zł	Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego/ Dziecka	Tak
8)	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	1 200 zł	1 200 zł	1 200 zł	Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego/ Dziecka	Tak
9)	Wizyta lekarza internisty lub lekarza pediatry	1 000 zł – maksymalnie 2 razy w każdym 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej	1 000 zł – maksymalnie 2 razy w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej	1 000 zł – maksymalnie 2 razy w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej	Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego/ Dziecka	Nie
10)	Wizyta lekarza specjalisty	1 200 zł – maksymalnie 2 razy w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej	1 200 zł – maksymalnie 2 razy w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej	1 200 zł – maksymalnie 2 razy w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej	Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego/ Dziecka	Tak
11)	Pomoc medyczna za granicą	300 euro	300 euro	300 euro	Nieszczęśliwy Wypadek lub Nagłe Zachorowanie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej Ubezpieczonego/Małżonka/Dziecka	Nie

	USŁUGI ASSISTANCE	LIMITY KWOTOWE I ILOŚCIOWE			ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE	ZALECENIE LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE
		Ubezpieczony	Małżonek/Partner Życiowy	Dziecko (podane limity dotyczą każdego Dziecka)		
12)	Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi i Niepełnoletnimi Dziećmi	1 200 zł (maksymalnie 6 dni do 200 zł/dzień)	1 200 zł (maksymalnie 6 dni do 200 zł/dzień)	-	Nieszczęśliwy Wypadek skutkujący co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego	Nie
13)	Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi w razie Nieszczęśliwego Wypadku	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	-	Nieszczęśliwy Wypadek dorosłej Osoby Niesamodzielnej	Nie
14)	Opieka nad Zwierzętami Domowymi	600 zł	600 zł	-	Nieszczęśliwy Wypadek skutkujący co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego	Nie
15)	Pomoc psychologa w Trudnej Sytuacji Losowej	1 000 zł	1 000 zł	-	Trudna Sytuacja Losowa Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego	Nie
16)	Dostarczenie posiłków	500 zł	500 zł	-	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego	Tak
17)	Pomoc domowa	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	-	Nieszczęśliwy Wypadek skutkujący co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego	Nie
18)	Wizyta położnej	700 zł	700 zł	-	narodziny Dziecka Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego	Nie
19)	Transport Rodzica na wizytę kontrolną	800 zł	800 zł	-	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Rodzica	Tak
20)	Osobisty asystent dla Rodzica	1 200 zł	1 200 zł	-	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Rodzica	Tak
21)	Pomoc domowa oraz pielęgnarska dla Rodzica	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	-	Nieszczęśliwy Wypadek skutkujący co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją Rodzica	Tak
22)	Opieka nad Niepełnoletnim Dzieckiem w razie Nieszczęśliwego Wypadku	-	-	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	Nieszczęśliwy Wypadek Niepełnoletniego Dziecka	Nie
23)	Przewóz Niepełnoletnich Dzieci do Osoby do Opieki	-	-	800 zł	Nieszczęśliwy Wypadek skutkujący co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją Ubezpieczonego/ Małżonka/ Partnera Życiowego	Nie
24)	Pobyt opiekuna	-	-	800 zł	Nieszczęśliwy Wypadek skutkujący Hospitalizacją lub Nagłe Zachorowanie skutkujące Hospitalizacją Dziecka	Nie
25)	Prywatne lekcje dla Dziecka	-	-	600 zł	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej trzydniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Dziecka	Nie
26)	Infolinia medyczna	Tak	Tak	Tak	-	-
27)	Infolinia baby assistance	Tak	Tak	-	-	-

§ 7.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - umyślnego działania Ubezpieczonego lub innej osoby, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, tj. Małżonka/ Partnera Życiowego, Dziecka, Rodzica Ubezpieczonego, Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego;
 - popelnienia przez Ubezpieczonego lub inną osobę, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popelnienia przestępstwa;
 - umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego lub innej osoby, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, samobójstwa Ubezpieczonego lub innej osoby, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, lub jego usiłowania;
 - działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - Wad Wrodzonych;
 - zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;

- Chorób Przewlekłych;
- nieprzebrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego Leczenie;
- uczestnictwa Ubezpieczonego (lub innej osoby objętej ochroną) w zajęciach sportowych o ryzykownym charakterze, za które uważa się: sporty spadochronowe, lotnicze, motorowe, motorowodne, kaskaderstwo, wspinaczkę wymagającą użycia specjalistycznego sprzętu, nurkowanie na głębokościach większych niż 40 metrów, speleologię;
- wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, rozumianego jako regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu;
- Katastrof Naturalnych;
- użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
- spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezatwierdzonych przez lekarza, użyciu niezgodnie z zaleceniami lekarskim lub wskazaniami ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji;
- Choroby Psychiczej.

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
ul. Domaniewska 50B
02-672 Warszawa
Tel: +48 22 522 28 00
Fax: +48 22 522 28 01
e-mail: sekretariat@mondial-assistance.pl

Zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. St. Warszawy
XIII Wydział Gospodarczy KRS
Pod numerem: KRS 0000189340
NIP: 107-00-00-164
REGON: 015647690

Kapitał zakładowy spółki macierzystej
16 812 500 EUR wpłacony w całości
PL 02 1240 1053 1111 0010 0140 7382
Bank Polska Kasa Opieki S.A.
Dyrektor Oddziału Tomasz Frączek

2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów:
- 1) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków lub zabiegów zapobiegawczych;
 - 2) świadczeń assistance w związku ze zdarzeniami, które miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej (z zastrzeżeniem świadczenia „Pomoc medyczna za granicą”);
 - 3) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznana krzywdę;
 - 4) leczenia ze wskazań estetycznych, helioterapii, niezależnie od powodu;
 - 5) leczenia urazów i chorób powstałych na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstania, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, działania materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia assistance, jeżeli było ono spowodowane:
- 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 7.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania ze świadczeń assistance Ubezpieczony, inna osoba, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową (Małżonek/Partner Życiowy, Rodzic Ubezpieczonego, Rodzic Małżonka/Partnera Życiowego), lub inna osoba działająca w imieniu Ubezpieczonego powinna niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego i przed podjęciem działań we własnym zakresie skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznej i podać następujące informacje:
- 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) imię, nazwisko i numer PESEL innej osoby, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, jeżeli zdarzenie dotyczy innej osoby objętej ochroną niż Ubezpieczony;
 - 4) adres miejsca zdarzenia;
 - 5) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub inną osobą, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, lub osobą zgłaszającą zdarzenie;
 - 6) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 7) adres korespondencyjny.
2. Ubezpieczony, inna osoba, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, lub osoba zgłaszająca zdarzenie Ubezpieczycielowi powinny dokładnie opisać dyżurującemu pracownikowi Ubezpieczyciela okoliczności, w jakich Ubezpieczony lub inna osoba, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, się znajduje, i powiadomić, jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić Lekarzowi Ubezpieczyciela dostęp do wszystkich informacji medycznych.
3. W przypadku braku zgłoszenia Zdarzenia Ubezpieczeniowego roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego/ inną osobę, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. kserokopii diagnozy lekarskiej, dokumentów stwierdzających przyczynę i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz kopii rachunków i dowodów ich zapłaty.
4. W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie przez Ubezpieczonego/ inną osobę, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową bez powiadomienia Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
5. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację usługi assistance wynosi:
- 1) do trzech Dni Roboczych liczonych od daty zgłoszenia roszczenia w przypadku wizyt lekarskich,
 - 2) jeden Dzień Roboczy liczony od daty zgłoszenia roszczenia w przypadku pozostałych świadczeń assistance,
- o ile Ubezpieczony nie wskaże konkretnej placówki lub późniejszego terminu, w którym Ubezpieczony lub inna osoba, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, chciałby skorzystać z usługi assistance.

§ 8. UBEZPIECZENIE „WSPARCIE W PRZYPADKU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY”

§ 8.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 51 pkt 2) OWU Assistance Medycznej.

§ 8.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia:

1. Pokrycie kosztów rachunków:
 - 1) Ubezpieczonemu przysługuje wypłata przez Ubezpieczyciela świadczenia w kwocie odpowiadającej kwocie rachunków za usługi i media (czynsz, energię elektryczną, gaz, wodę, odprowadzanie ścieków, wywóz śmieci, telefon, telewizję kablową, telewizję cyfrową, abonament radiowo-telewizyjny, abonament internetowy), wystawionych na adres korespondencyjny wskazany przez Ubezpieczonego we Wniosku Przystąpienia do Ubezpieczenia, ale nie wyższej niż limit wskazany w tabeli nr 1 (§ 8.3 OWU Assistance Medycznej);
 - 2) wypłata świadczenia, o którym mowa w punkcie 1) powyżej, przysługuje Ubezpieczonemu za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 1. a 30. dniem Czasowej

- Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego (z zastrzeżeniem postanowień przedstawionych w punkcie 3) poniżej);
- 3) w przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego trwającej nieprzerwanie przez okres:
 - co najmniej 60 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 31. a 60. dniem Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego;
 - co najmniej 90 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 61. a 90. dniem Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego;
 - co najmniej 120 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 91. a 120. dniem Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego;
 - co najmniej 150 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 121. a 150. dniem Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego;
 - co najmniej 180 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 151. a 180. dniem Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego;
 - 4) Ubezpieczonemu przysługuje łącznie wypłata do 6 (sześciu) świadczeń na Zdarzenie Ubezpieczeniowe w dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

2. Świadczenia assistance – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa, do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 8.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 2), koszty poniższych usług:

- 1) pomoc domowa – pomoc udzielana Ubezpieczonemu w miejscu zamieszkania, obejmująca: przygotowanie posiłków, zrobienie zakupów, pomoc w ubraniu, mycie podłóg, podlanie kwiatów);
- 2) pomoc psychologa – konsultacje z psychologiem dla Ubezpieczonego.

§ 8.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Wskazane poniżej (tabela nr 1) limity świadczenia na pokrycie kosztów rachunków stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 1

Świadczenie	Limit kwotowy	Limit świadczeń na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
Pokrycie kosztów rachunków	1 000 zł	6

2. Wskazane poniżej (tabela nr 2) limity kwotowe świadczeń assistance stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 2

Świadczenia assistance	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
pomoc domowa	1 000 zł
pomoc psychologa	1 000 zł

§ 8.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 3) umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
 - 4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny (również domowej);
 - 5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny (również domowej);
 - 6) zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
 - 7) Chorób Przewlekłych;
 - 8) nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - 9) leczenia profilaktycznego (leczenia zachowawczego lub zapobiegawczego);
 - 10) uczestnictwa Ubezpieczonego w zajęciach sportowych o ryzykownym charakterze, za które uważa się: sporty spadochronowe, lotnicze, motorowe, motorowodne, kaskaderstwo, wspinaczkę wymagającą użycia specjalistycznego sprzętu, nurkowanie na głębokościach większych niż 40 metrów, speleologię;
 - 11) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, rozumianego jako regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu;
 - 12) Katastrof Naturalnych;
 - 13) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;

- 16) spożycia alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów *Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*, leków niezabudowanych 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;
- 17) zaburzeń psychicznych, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia assistance, jeżeli było ono spowodowane:
- 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 8.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznej i podać następujące informacje:
- 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - 4) datę wystąpienia Nagłego Zachorowania lub Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego;
 - 5) rodzaj wymaganej pomocy.
2. W celu realizacji świadczenia „Pokrycie kosztów rachunków” Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
- 1) kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z Nagłym Zachorowaniem lub Nieszczęśliwym Wypadkiem (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - 2) kopię zaświadczenia lekarskiego (lub zaświadczeń lekarskich wystawionych przez ten sam podmiot i w przypadku których zachowana zostaje ciągłość) o Czasowej Niezdolności do Pracy, stwierdzającego u Ubezpieczonego niezdolność do pracy przez okres nieprzerwanie co najmniej 30 dni, w wyniku Nagłego Zachorowania lub Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 3) kopie rachunków za usługi i media (czynsz, energię elektryczną, gaz, wodę, odprowadzanie ścieków, wywóz śmieci, telefon, telewizję kablową, telewizję cyfrową, abonament radiowo-telewizyjny, abonament internetowy), wystawionych na adres korespondencyjny wskazany przez Ubezpieczonego we Wniosku Przystąpienia do Ubezpieczenia.
3. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2 powyżej, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
4. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
- 1) do trzech Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 3, w przypadku świadczenia w formie pokrycia kosztów rachunków;
 - 2) jeden Dzień Roboczy liczony od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 3, w przypadku świadczeń assistance, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym chciałaby skorzystać z usługi assistance.
5. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 powyżej, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.

§ 9. UBEZPIECZENIE „WSPARCIE W PRZYPADKU NOWOTWORU”

§ 9.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 51 pkt 3) OWU Assistance Medycznej.

§ 9.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu przysługują:

1. Świadczenia medyczne – organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 9.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 1) kosztów niżej wymienionych świadczeń, realizowanych na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania Lekarza Prowadzącego Leczenie:
- 1) konsultacje lekarskie – konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalności: chirurg, okulista, otolaryngolog, ortopeda, ginekolog, urolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, onkolog, endokrynolog, hepatolog, hematolog, nefrolog, dermatolog;
 - 2) diagnostyka laboratoryjna – w zakresie następujących badań: mocznik – badanie ogólne, OB, morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik, TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna,

wapni całkowity, fosfor nieorganiczny, magnez, CRP ilościowo, HBs przeciwciała, HCV przeciwciała, IgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21-1;

3) badania specjalistyczne – w następującym zakresie: biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym), RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa.

2. Świadczenia assistance – organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 9.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 2) kosztów niżej wymienionych usług:
- 1) transport na badania i zaplanowane operacje – transport Ubezpieczonego do Placówki Medycznej w celu wykonania badań lub przeprowadzenia operacji, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - 2) domowa opieka pielęgniarstwa – pomoc pielęgniarki (koszty dojazdu i wynagrodzenia) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - 3) dostosowania miejsca zamieszkania – dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb Ubezpieczonego w zakresie:
 - oporęczowania ciągów komunikacyjnych, WC, łazienki,
 - likwidacji barier architektonicznych poprzez montaż podjazdów, podestów;
 - 4) pomoc psychologa – konsultacje z psychologiem dla Ubezpieczonego, Małżonka, Dzieci.
3. Świadczenie sanatoryjne – organizacja na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania Lekarza Prowadzącego Leczenie i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitu odpowiedzialności wskazanego w § 9.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 3) niżej wymienionych kosztów pobytu w Sanatorium:
- 1) zakwaterowania;
 - 2) wyżywienia;
 - 3) zaleconych zabiegów.

§ 9.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Wskazane poniżej (tabela nr 1) limity kwotowe świadczeń medycznych stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 1

Świadczenia medyczne	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
konsultacje lekarskie	3 000 zł
diagnostyka laboratoryjna	3 000 zł
badania specjalistyczne	5 000 zł

2. Wskazane poniżej (tabela nr 2) limity kwotowe usług assistance stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 2

Usługi assistance	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
transport na badania i zaplanowane operacje	2 000 zł
domowa opieka pielęgniarstwa	1 500 zł
dostosowania miejsca zamieszkania	2 000 zł
pomoc psychologa	2 000 zł

3. Wskazany poniżej (tabela nr 3) limit kwotowy świadczenia sanatoryjnego stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na maksymalnie 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 3

Świadczenie sanatoryjne	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
pobyt w sanatorium	3 000 zł

§ 9.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Nowotworu, z którego powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie trzech lat przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.

§ 9.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznej i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - 4) datę zdiagnozowania Nowotworu;
 - 5) rodzaj wymaganej pomocy.
 2. W celu realizacji świadczeń medycznych i świadczeń assistance, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z Nowotworem (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - 2) kopię skierowania Lekarza Prowadzącego Leczenie do przeprowadzenia konsultacji, badań, operacji;
 - 3) kopię zalecenia Lekarza Prowadzącego Leczenie do świadczenia domowej opieki pielęgniarstwa.
 3. W celu realizacji świadczenia sanatoryjnego Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z Nowotworem (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - 2) pisemne zalecenie od Lekarza Prowadzącego Leczenie przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej bądź skierowanie od tegoż lekarza na takie leczenie lub rehabilitację;
 - 3) pisemne potwierdzenie od Lekarza Prowadzącego Leczenie braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej.
 4. W przypadku braku wskazania przez Lekarza Prowadzącego Leczenie proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej miejsce i rodzaj Sanatorium ustala Lekarz Ubezpieczyciela, w porozumieniu z Ubezpieczonym, w oparciu o informacje medyczne w dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 3 pkt 1 powyżej.
 5. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2-3 powyżej, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskują Ubezpieczony.
 6. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - 1) do trzech Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5, w przypadku świadczeń medycznych, chyba że Ubezpieczony wskaże konkretną placówkę lub późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać ze świadczeń medycznych;
 - 2) jeden Dzień Roboczy liczony od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5, w przypadku świadczeń assistance, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać z usługi assistance;
 - 3) do dziesięciu Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5, na organizację w przypadku świadczenia sanatoryjnego.
 7. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2-3 powyżej, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
 8. Koszty świadczeń medycznych oraz świadczenia sanatoryjnego, realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszym rozdziale, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek Medycznych realizujących te świadczenia.
- 3) badania specjalistyczne – w następującym zakresie: Holter ABPM (dwudziestoczerogodzinne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi), EKG spoczynkowe, EKG wysiłkowe, Holter EKG, echo serca, RTG klatki piersiowej, tomografia komputerowa serca, tomografia komputerowa głowy, rezonans magnetyczny głowy, arteriografia, USG tętnic mózgowych.
 2. Świadczenia assistance – organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 10.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 2) kosztów niżej wymienionych usług:
 - 1) transport na badania i zaplanowane operacje – transport Ubezpieczonego do Placówki Medycznej w celu wykonania badań lub przeprowadzenia operacji, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - 2) domowa opieka pielęgniarstwa – opieka pielęgniarki w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego (koszty przejazdu i wynagrodzenia), w zakresie określonym w sporządzonym na piśmie zaleceniu Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - 3) dostosowania miejsca zamieszkania – dostosowanie miejsca zamieszkania do potrzeb Ubezpieczonego w zakresie:
 - oporęczowania ciągów komunikacyjnych, WC, łazienki,
 - likwidacji barier architektonicznych poprzez montaż podjazdów, podestów;
 - 4) pomoc psychologa – konsultacje z psychologiem dla Ubezpieczonego oraz członków rodziny (Małżonka, Partnera Życiowego, Dzieci).
 3. Świadczenie sanatoryjne – organizacja na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania od Lekarza Prowadzącego Leczenie i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitu odpowiedzialności wskazanego w § 10.3 (tabela nr 3) niżej wymienionych kosztów pobytu w Sanatorium:
 - 1) zakwaterowanie;
 - 2) wyżywienie;
 - 3) zalecane zabiegi.
 4. Świadczenie Teleopieki Kardiologicznej
 - 1) Zapewnienie Ubezpieczonemu przez okres stu osiemdziesięciu dni, począwszy od godziny 00.00 dnia następnego po dniu dostarczenia Ubezpieczonemu za pośrednictwem Świadczeniodawcy zestawu Teleopieki Kardiologicznej, dostępu do Centrum Telemedycznego świadczonego następujące usługi:
 - a) przyjmowanie i rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG,
 - b) analiza przesłanych badań przez personel Centrum Telemedycznego,
 - c) stały kontakt telefoniczny z personelem Centrum Telemedycznego,
 - d) dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem Centrum Telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG,
 - e) archiwizacja wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres dwudziestu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
 - f) udostępnienie drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila wyników badań Ubezpieczonego Osobie Kontaktowej lub Lekarzowi Prowadzącemu Leczenie,
 - g) wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego Świadczeniodawcy potrzeby pomocy medycznej, a także poinformowanie o tym fakcie Osób Kontaktowych w przypadku wyrażenia takiej woli przez Ubezpieczonego,
 - h) przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania Ubezpieczonego oraz wskazówek dojazdu do miejsca pobytu.
 - 2) Zestaw Teleopieki Kardiologicznej dostarczany jest Ubezpieczonemu w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych od daty zgłoszenia Zdarzenia Ubezpieczeniowego do Ubezpieczyciela.
 - 3) Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
 - a) dostarczenia przez Świadczeniodawcę zestawu Teleopieki Kardiologicznej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
 - b) telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG oraz korzystania z Teleopieki Kardiologicznej, przeprowadzonego przez Świadczeniodawcę,
 - c) Teleopieki Kardiologicznej,
 - d) odbioru przez Świadczeniodawcę aparatu EKG, stanowiącego element zestawu Teleopieki Kardiologicznej, z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, po upływie stu osiemdziesięciu dni od daty przeprowadzenia szkolenia z obsługi zestawu Teleopieki Kardiologicznej (początku okresu świadczenia Teleopieki Kardiologicznej).
 - 4) Warunkiem telefonicznego kontaktu Ubezpieczonego z personelem Centrum Telemedycznego jest posiadanie przez Ubezpieczonego telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer został podany w trakcie kontaktu z Ubezpieczycielem.
 - 5) Warunkiem udostępnienia wyników badań Ubezpieczonego Osobie Kontaktowej lub Lekarzowi Prowadzącemu Leczenie Ubezpieczonego jest pisemna zgoda Ubezpieczonego przekazana Ubezpieczycielowi.
 - 6) Usługi wymienione w pkt 1) powyżej są świadczone bez limitu ilościowego w okresie stu osiemdziesięciu dni, na jaki Ubezpieczonemu został wypożyczony zestaw Teleopieki Kardiologicznej.
 - 7) Okres stu osiemdziesięciu dni, w którym świadczona jest Teleopieka Kardiologiczna, przysługuje Ubezpieczonemu na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
 - 8) W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia Ubezpieczeniowego w każdym kolejnym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej, okres, w jakim przysługuje prawo do Teleopieki Kardiologicznej, ulega przedłużeniu o kolejne 180 dni, licząc od daty zaistnienia kolejnego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

§ 10. UBEZPIECZENIE „WSPARCIE W PRZYPADKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU”

§ 10.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 51 pkt 4 OWU Assistance Medycznej.

§ 10.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia:

1. Świadczenia medyczne – organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 10.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 1) kosztów niżej wymienionych świadczeń, realizowanych na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania Lekarza Prowadzącego Leczenie:
 - 1) konsultacje lekarskie – konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalności: kardiolog, kardiochirurg, dietetyk, neurolog, endokrynolog, chirurg naczyniowy;
 - 2) diagnostyka laboratoryjna – w zakresie następujących badań: koagulogram, troponina, CPK, morfologia, OB, kreatynina, mocznik, elektrolity (sód i potas), TSH, AspAT, ALAT, glukoza, lipidogram;

§ 10.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Wskazane poniżej (tabela nr 1) limity kwotowe świadczeń medycznych stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 1

Świadczenia medyczne	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
konsultacje lekarskie	3 000 zł
diagnostyka laboratoryjna	3 000 zł
badania specjalistyczne	5 000 zł

- Wskazane poniżej (tabela nr 2) limity kwotowe usług assistance stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 2

Świadczenia assistance	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
transport na badania i zaplanowane operacje	2 000 zł
domowa opieka pielęgniarska	1 500 zł
dostosowania miejsca zamieszkania	2 000 zł
pomoc psychologa	2 000 zł

- Wskazany poniżej (tabela nr 3) limit kwotowy świadczenia sanatoryjnego stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na maksymalnie 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 3

Świadczenie sanatoryjne	Limit kwotowy Zdarzenie Ubezpieczeniowe
pobyt w sanatorium	3 000 zł

§ 10.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - leczenia eksperymentalnego i niepotwierzonego badaniami;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - Wad Wrodzonych;
 - Chorób Przewlekłych;
 - nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - spożycia alkoholu, przyjęcia środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów *Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem/przyjęciem tych substancji.
- W przypadku świadczenia Teleopieki Kardiologicznej:
 - Ubezpieczyciel nie odpowiada za ewentualne szkody powstałe na skutek interwencji pogotowia ratunkowego (wyważenie drzwi, wybicie szyb w oknie);
 - ochroną Ubezpieczyciela nie są objęte koszty połączeń z Centrum Telemedycznym;
 - w przypadku gdy udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem że niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wstępnej wymienionej pisemnej zgody.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia assistance, jeżeli było ono spowodowane:
 - działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - strajkami, niepokojami społecznymi, aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.
- Za koszty naprawy zestawu Teleopieki Kardiologicznej uszkodzonego przez Ubezpieczonego odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony.

§ 10.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

- W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medyczny i podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - numer PESEL Ubezpieczonego;
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - datę wystąpienia zawału serca lub Udaru Mózgu;
 - rodzaj wymaganej pomocy.
- W celu realizacji świadczeń medycznych i świadczeń assistance, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z zawałem serca lub Udarem Mózgu (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - kopię skierowania od Lekarza Prowadzącego Leczenie do przeprowadzenia konsultacji, badań lub zalecenia dodatkowych świadczeń.
- W celu realizacji świadczenia sanatoryjnego Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z zawałem serca lub Udarem Mózgu (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - pisemne zalecenie od Lekarza Prowadzącego Leczenie przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej bądź skierowanie od tegoż lekarza na takie leczenie lub rehabilitację;
 - pisemne potwierdzenie od Lekarza Prowadzącego Leczenie braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej.
- W przypadku braku wskazania przez Lekarza Prowadzącego Leczenie proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej, miejsce i rodzaj Sanatorium ustala Lekarz Ubezpieczyciela w porozumieniu z Ubezpieczonym, w oparciu o informacje medyczne w dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 3 pkt 1 powyżej.
- W celu skorzystania z Teleopieki Kardiologicznej Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z zawałem serca lub Udarem Mózgu (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - własnoręcznie podpisane przez Ubezpieczonego oświadczenie zawierające imię i nazwisko, datę urodzenia Ubezpieczonego, telefon do Osoby Kontaktowej lub Lekarza Prowadzącego Leczenie, mające na celu umożliwienie kontaktu z ww. osobami, zgodnie z zakresem OWU, oraz upoważnienie do odbioru wyników badań.
- Po potwierdzeniu uprawnień Ubezpieczonego do świadczenia Teleopieki Kardiologicznej, na podstawie postanowień ust. 5 pkt 1-2 powyżej, Ubezpieczyciel kontaktuje się ze Świadczeniodawcą w celu przekazania danych Ubezpieczonego oraz z Ubezpieczonym w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji Teleopieki Kardiologicznej.
- Świadczeniodawca kontaktuje się z Ubezpieczycielem w celu poinformowania o dacie dostarczenia Ubezpieczonemu zestawu Teleopieki Kardiologicznej.
- W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2-5 powyżej, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
- W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - do trzech Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 8, w przypadku świadczeń medycznych, chyba że Ubezpieczony wskaże konkretną placówkę lub późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać ze świadczeń medycznych;
 - jeden Dzień Roboczy liczony od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 8, w przypadku świadczeń assistance, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać z usługi assistance;
 - do dziesięciu Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 8 – na organizację w przypadku świadczenia sanatoryjnego;
 - do trzech Dni Roboczych w przypadku świadczenia Teleopieki Kardiologicznej, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
- W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych liczonych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2-5 powyżej, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
- Koszty świadczeń medycznych, świadczenia sanatoryjnego oraz Teleopieki Kardiologicznej, realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszym rozdziale, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek Medycznych realizujących te świadczenia.

§ 11. UBEZPIECZENIE „POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA”

§ 11.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 51 pkt 5 OWU Assistance Medycznej.
2. Za Poważną Chorobę Ubezpieczonego uznaje się zdiagnozowaną u Ubezpieczonego w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej Chorobę lub przeprowadzony w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej zabieg operacyjny u Ubezpieczonego, których odpowiednio diagnoza lub konieczność przeprowadzenia została potwierdzona przez lekarza w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (K50), według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:
 - 1) bakteryjne zapalenie opon mózgowych;
 - 2) bąblowiec mózgu;
 - 3) całkowita utrata wzroku (ślepotą);
 - 4) choroba Crohna;
 - 5) choroba Huntingtona (płasnawica Huntingtona);
 - 6) choroba neuronu ruchowego;
 - 7) choroba Parkinsona;
 - 8) ciężkie oparzenie;
 - 9) dystrofia mięśni;
 - 10) łagodny (niezłośliwy) guz mózgu;
 - 11) masywny zator tętnicy płucnej;
 - 12) niedokrwistość aplastyczna;
 - 13) niewydolność nerek;
 - 14) nowotwór złośliwy lub nowotwór o granicznej złośliwości;
 - 15) odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu;
 - 16) operacja na naczyniach wieńcowych;
 - 17) operacja wszczęcia protezy aortalnej;
 - 18) operacja zastawek serca;
 - 19) pierwotne nadciśnienie płucne;
 - 20) piorunujące zapalenie wątroby;
 - 21) porażenie (paraliż);
 - 22) poważny uraz głowy;
 - 23) przewlekła niewydolność oddechowa;
 - 24) przewlekła niewydolność wątroby;
 - 25) ropień mózgu;
 - 26) sepsa;
 - 27) stwardnienie rozsiane;
 - 28) śpiączka;
 - 29) tężec;
 - 30) transplantacja głównych narządów;
 - 31) udar mózgu;
 - 32) utrata kończyn;
 - 33) utrata mowy;
 - 34) utrata możliwości niezależnej egzystencji;
 - 35) utrata słuchu (głuchota);
 - 36) wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
 - 37) wścieklizna;
 - 38) zaawansowany stan otępienia (w tym choroba Alzheimera);
 - 39) zakażona martwica trzustki;
 - 40) zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego;
 - 41) zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi;
 - 42) zapalenie mózgu;
 - 43) zawał serca;
 - 44) zespół krótkiego jelita;
 - 45) zgorzel gazowa.

§ 11.2 ŚWIADCZENIE

W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie: Powtórna Opinia Medyczna – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Zagranicznej Konsultacji Medycznej, obejmującej:

- 1) udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej;
- 2) tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
- 3) przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
- 4) wydanie Powtórnej Opinii Medycznej przez Konsultanta;
- 5) tłumaczenie na język polski Powtórnej Opinii Medycznej wydanej przez Konsultanta;
- 6) udostępnienie Powtórnej Opinii Medycznej Ubezpieczonemu.

§ 11.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie z jednej Zagranicznej Konsultacji Medycznej w odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, bez limitu ilościowego Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

§ 11.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;

- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) uczestnictwa Ubezpieczonego w zajęciach sportowych o ryzykownym charakterze, za które uważa się: sporty spadochronowe, lotnicze, motorowe, motorowodne, kaskaderstwo, wspinaczkę wymagającą użycia specjalistycznego sprzętu, nurkowanie na głębokościach większych niż 40 metrów, speleologię;
 - e) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), jeśli stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego Wypadku;
 - f) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 11.1 ust. 2 pkt 40 OWU Assistance Medycznej oraz pkt 41 OWU Assistance Medycznej.
2. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje poważnej choroby Ubezpieczonego, z której powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie trzech lat przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.
 3. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Poważnej Choroby Ubezpieczonego, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną Chorobą Ubezpieczonego była lub została zdiagnozowana lub z powodu której u Ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte w okresie trzech lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.
 4. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, które spełnia kryteria więcej niż jednej Poważnej Choroby Ubezpieczonego wskazanej w § 11.1 ust. 2 OWU Assistance Medycznej, zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela ogranicza się wyłącznie do jednej zdiagnozowanej Poważnej Choroby Ubezpieczonego.
 5. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za treść Powtórnej Opinii Medycznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z Powtórnej Opinii Medycznej.
 6. Realizacja Zagranicznej Konsultacji Medycznej może być opóźniona na skutek:
 - 1) działania Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajków, niepokoїв społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych.

§ 11.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania z Powtórnej Opinii Medycznej Ubezpieczony jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
2. Ubezpieczony podczas telefonicznego zgłoszenia powinien podać Ubezpieczycielowi następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego Osobą Upoważnioną.
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu lub Osobie Upoważnionej informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej.
4. Warunkiem uzyskania Powtórnej Opinii Medycznej, która jest rezultatem Zagranicznej Konsultacji Medycznej, jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną dokumentacji medycznej (w formie elektronicznej na trwałym nośniku na adres korespondencyjny Ubezpieczyciela: AWP P&C SA Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub na adres e-mail wskazany przez Ubezpieczyciela), sporządzonej w języku polskim i podpisanej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie Ubezpieczonego.
5. Lekarz Ubezpieczyciela weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną i przygotowuje do wystania do Konsultanta.
6. W przypadku gdy otrzymana dokumentacja medyczna jest w opinii Lekarza Ubezpieczyciela niekompletna, Ubezpieczyciel kontaktuje się drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila z Ubezpieczonym lub Osobą Upoważnioną w celu poinformowania o brakujących dokumentach.
7. Po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej Ubezpieczyciel informuje telefonicznie lub za pośrednictwem e-maila Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji usługi Powtórnej Opinii Medycznej.
8. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przesłania Powtórnej Opinii Medycznej w sposób określony w ust. 10 poniżej w możliwie najkrótszym terminie, nie przekraczającym jednak 30 (trzydziestu) Dni Roboczych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub Osoby Upoważnionej kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 i 7 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej.
9. W przypadku gdy w opinii Konsultanta, na podstawie otrzymanego za pośrednictwem Ubezpieczyciela kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 i 7 powyżej, do wydania Powtórnej Opinii Medycznej konieczne będzie uzupełnienie tej dokumentacji lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Ubezpieczyciel lub Lekarz Ubezpieczyciela niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego bądź Osobę Upoważnioną drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila.

10. Ubezpieczyciel odsyła Powtórny Opinię Medyczną na adres e-mail (w postaci zaszyfrowanych plików), z którego Ubezpieczony lub Osoba Upoważniona przez Ubezpieczonego wysłała do Ubezpieczyciela dokumentację medyczną. Powtórna opinia medyczna, na życzenie Ubezpieczonego, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny podany przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną.

§ 12.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:

- 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
- 2) samobójstwa ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, w okresie 2 lat od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.

§ 12. UBEZPIECZENIE „WSPARCIE W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO”

§ 12.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej są świadczenia realizowane przez Ubezpieczyciela na wniosek Uprawnionego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 51 pkt 6 OWU Assistance Medycznej.

§ 12.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 12.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 1), koszty poniższych świadczeń:

- 1) organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu – organizacja i pokrycie kosztów: przewozu ciała do miejsca pochówku na odległość nie większą niż 50 km, zakupu trumny lub urny, zakupu miejsca na cmentarzu, zakupu i postawienia nagrobka, zakupu wieńców i kwiatów, zakupu odzieży żałobnej, ceremonii pogrzebowej, poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej;
- 2) pokrycie kosztów przejazdu członków rodziny – zwrot poniesionych przez członków rodziny Ubezpieczonego (Rodzice Ubezpieczonego, Małżonek, Dzieci, rodzeństwo Ubezpieczonego) kosztów przejazdu do miejsca ceremonii pogrzebowej (koszty biletów autobusowych lub kolejowych, rachunków za taksówkę, rachunku za wynajem autokaru), o ile z przedłożonych rachunków wynika, że przejazd odbył się na dystansie przekraczającym 50 km; Ubezpieczyciel zwraca koszty przejazdu na podstawie przedłożonych kopii rachunków i dowodów ich zapłaty;
- 3) pokrycie kosztów noclegu dla członków rodziny – zwrot poniesionych przez członków rodziny (Rodzice Ubezpieczonego, Małżonek, Dzieci, rodzeństwo Ubezpieczonego) kosztów noclegu w związku ze świadczeniem określonym w pkt 2) powyżej; Ubezpieczyciel zwraca koszty noclegu na podstawie przedłożonych kopii rachunków i dowodów ich zapłaty;
- 4) organizacja i pokrycie kosztów transportu ciała do wskazanego miejsca pochówku – organizacja i pokrycie kosztów transportu ciała do miejsca pochówku w odległości co najmniej 50 km od wskazanego miejsca pochówku;
- 5) organizacja i pokrycie kosztów transportu ciała do Rzeczypospolitej Polskiej – organizacja i pokrycie kosztów transportu ciała do miejsca pochówku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w przypadku gdy Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
- 6) infolinia – Ubezpieczyciel zapewnia członkom rodziny (Rodzice Ubezpieczonego, Małżonek, Dzieci, rodzeństwo Ubezpieczonego) dostęp do informacji na temat:
 - a) procedur postępowania i wydania karty zgonu, w zależności od okoliczności śmierci Ubezpieczonego,
 - b) terminów zgłoszenia faktu śmierci w Urzędzie Stanu Cywilnego,
 - c) dokumentów niezbędnych do wydania aktu zgonu,
 - d) danych teled adresowych zakładów pogrzebowych,
 - e) dokumentów wymaganych przez zakład pogrzebowy,
 - f) zasiłku pogrzebowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych:
 - komu przysługuje,
 - wysokości zasiłku,
 - wymaganych dokumentów,
 - przedawnienia roszczeń o jego wypłatę,
 - g) danych teled adresowych kwiatami.

§ 12.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Wskazane poniżej (tabela nr 1) limity kwotowe świadczeń stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 1

Świadczenia	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu	5 000 zł
pokrycie kosztów przejazdu członków rodziny	1 500 zł
pokrycie kosztów noclegu dla członków rodziny	1 000 zł
organizacja i pokrycie kosztów transportu ciała do wskazanego miejsca pochówku	2 000 zł
organizacja i pokrycie kosztów transportu ciała do Rzeczypospolitej Polskiej	15 000 zł
infolinia	bez limitu

§ 12.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Uprawniony zobowiązany jest niezwłocznie skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznej i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z osobą zgłaszającą;
 - 4) datę śmierci Ubezpieczonego;
 - 5) rodzaj wymaganej pomocy.
2. Uprawniony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Ubezpieczyciela, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania: odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kartę statystyczną zgonu Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego, rachunki i dowody zapłaty kosztów przejazdu członków rodziny do miejsca ceremonii pogrzebowej i kosztów noclegu członków rodziny.
3. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi do pięciu dni roboczych, chyba że Uprawniony wskaże termin późniejszy.
4. Jeżeli Uprawniony z winy umyślnej lub rażącego zaniedbania nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1-2 powyżej, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub zakres świadczeń, Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

§ 13. PRAWA I OBOWIĄZKI Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNY

1. Ubezpieczony, osoba kontaktująca się w jego imieniu lub inna osoba, której zdrowie jest chronione w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, ma prawo do zgłoszenia Ubezpieczycielowi Zdarzenia Ubezpieczeniowego, począwszy od pierwszego dnia Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej.
2. Osoba, o której mowa w ust. 1 powyżej, zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami wydanymi przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczony ma obowiązek poinformowania Ubezpieczającego o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, a także o zmianie danych osób, których zdrowie jest chronione w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
4. Do obowiązków Ubezpieczyciela należy:
 - 1) przyjmowanie i rejestracja zgłoszeń Zdarzeń Ubezpieczeniowych;
 - 2) informowanie Ubezpieczonego, innej osoby, której zdrowie jest chronione w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej lub osoby zgłaszającej zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 3) weryfikacja uprawnień Ubezpieczonego do świadczeń przysługujących na podstawie Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej;
 - 4) rozpatrywanie roszczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej;
 - 5) przygotowanie Certyfikatów Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest do wypełniania obowiązków niezbędnych do realizacji Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, a w szczególności do:
 - 1) przekazywania osobom ubiegającym się o objęcie ochroną ubezpieczeniową – przed wyrażeniem przez nie zgody na objęcie ochroną przez Ubezpieczyciela i złożeniem Wniosku Przystąpienia do Ubezpieczenia – warunków OWU Assistance Medycznej;
 - 2) terminowego przekazywania składek należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej za wszystkich Ubezpieczonych;
 - 3) dostarczania Ubezpieczycielowi listy osób przystępujących do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej;
 - 4) dostarczania listy osób odstępujących od Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, z zastrzeżeniem że za prawidłowość przekazanych informacji odpowiada Ubezpieczający;
 - 5) przekazywania Ubezpieczonym Certyfikatów Ubezpieczenia Assistance Medycznej przygotowanych przez Ubezpieczyciela;
 - 6) niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o zmianie danych Ubezpieczonych (jeśli jest w ich posiadaniu), niezbędnych do prawidłowego wykonywania Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.

§ 14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy mogą złożyć Ubezpieczycielowi w formie:
 - 1) ustnej – telefonicznie pod numer: +48 22 522-26-40 (dostępny w Dni Robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - 2) pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - 3) elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej niezwłocznie, nie później niż w terminie trzydziestu dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni. O wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej pocztą. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie Dyrektorowi Oddziału Ubezpieczyciela wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie trzydziestu dni od jej otrzymania. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie trzydziestu dni od jej otrzymania i przesyłana jest pocztą lub zgodnie z ust. 4.
6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, 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.
8. W sprawach nieregulowanych niniejszymi OWU Assistance Medyczny mają zastosowanie przepisy *Kodeksu cywilnego*, *Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej* oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie umowy ubezpieczenia.
9. Prawem właściwym dla OWU Assistance Medyczny jest prawo polskie.
10. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny bądź ich spadkobiercami jest język polski.
11. Spory wynikające z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny.
14. Niniejsze OWU Assistance Medyczny przyjęte zostały uchwałą Ubezpieczyciela nr U/025/2018 z dnia 07.11.2018 r.



Tomasz Frączek
Dyrektor Oddziału

Biuro Rzecznika Finansowego

Al. Jerozolimskie 87
02-001 Warszawa
tel. +48 22 333-73-26 – Recepcja
+48 22 333-73-27 – Recepcja
faks +48 22 333-73-29
www.rf.gov.pl

Infolinia Konsumentka

Infolinia prowadzona przez Stowarzyszenie Konsumentów Polskich i Fundację Konsumentów
telefon: 801 440 220 (od poniedziałku do piątku w godz. 9:00-18:00)
Centrum porad prowadzone przez Stowarzyszenie Konsumentów Polskich
e-mail: porady@diakonsumentow.pl

ZASADY OCHRONY PRYWATNOŚCI UBEZPIECZAJĄCYCH I UBEZPIECZONYCH

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce („my”, „nas”, „nasze”), jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawnianie. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

1. Kim jest administrator danych?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych, który odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C S.A. Oddział w Polsce jest właśnie administratorem** danych.

2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, zgodnie z poniższym wykazem:

- 1) Nazwisko, imię (imiona);
- 2) PESEL;
- 3) Adres zameldowania i zamieszkania;
- 4) Data urodzenia;
- 5) Płeć;
- 6) Nr dokumentu tożsamości;
- 7) Numery telefonów;
- 8) Adres e-mail.

Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, takie jak dane z dokumentacji medycznej lub świadectw zgonu czy historii szkód.

3. W jaki sposób będziemy uzyskiwać i wykorzystywać Państwa dane osobowe?

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel	Czy wyrażają Państwo zgodę?
Zarządzanie umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód)	Nie (z wyjątkiem sytuacji kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji kiedy nie są Państwo naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych, dlatego np. osoba zgłaszająca szkodę pytana jest o zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych).
W celu informowania Państwa, lub umożliwienia spółkom z Grupy AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami za pośrednictwem poczty elektronicznej lub telefonicznie, bądź w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie

Na cele określone powyżej nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem sytuacji kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiaru nabycia naszych produktów i usług. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwrócić lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb.

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży.

Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili tworzonych na podstawie

posiadanych przez nas danych statystycznych. Przykładowo, im więcej dużych szkód miało miejsce w danym miejscu, które zamierza Państwo odwiedzić, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do zakwestionowania tej decyzji, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

4. Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i spółkom usługowym w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępniemy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

- 1) w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, połączenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zasobów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub
- 2) w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

5. Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regulami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej, BCR oraz wykaz spółek należących do grupy, które są zobowiązane do ich stosowania, można znaleźć tu: www.mondial-assistance.pl. W wypadku gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należyta ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

6. Jakie uprawnienia przysługują Państwu w odniesieniu do danych osobowych?

O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:

- 1) dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- 2) wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- 3) aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- 4) usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- 5) żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- 6) uzyskania swoich danych osobowych w formacie elektronicznym na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- 7) złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na stronie <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

7. Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniemy dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy.

W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

8. Jak długo przechowujemy dane osobowe?

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe 10 lat od daty ustania stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 10-letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń.

W przypadku danych naszych kontrahentów (dane podwykonawców i reprezentantów podwykonawców) będziemy je przechowywać co najmniej przez 5 lat od końca roku, w którym zakończy się nasza współpraca. Okres ten wynika z przepisów prawa m.in. ustawy o rachunkowości.

W przypadku danych pracowniczych obowiązkowy okres przechowywania danych wynosi 50 lat i wynika on z Kodeksu pracy.

Nie będziemy przechowywać Państwa danych osobowych dłużej niż jest to konieczne, i będziemy je przechowywać jedynie w celach, w których je uzyskaliśmy.

9. Jak można się z nami skontaktować?

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu wykorzystania przez nas Państwa danych osobowych, można się z nami skontaktować pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
Inspektor Ochrony Danych Osobowych
ul. Domaniewska 50B
02-672 Warszawa
E-mail: iodopl@mondial-assistance.pl

Można również skontaktować się z nami za pomocą Formularza Wniosku o Dostęp do Danych dostępnego na <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

10. Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?

Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej dostępna była zawsze ich aktualna wersja www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx, a ponadto o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście.

Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce **01.05.2018.**