# „Assistance medyczne”

## Ogólne warunki ubezpieczenia

nationale nederlanden

# Spis treści

**Ogólne warunki ubezpieczenia „Assistance medyczne”** ..... 4

Art.1 Postanowienia ogólne ..... 4
Art.2 Co oznaczają używane pojęcia? ..... 4
Art.3 Jak długo i od kiedy Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej? ..... 5
Art.4 Co jest przedmiotem i zakresem Ubezpieczenia? ..... 5
Art.5 Składka ubezpieczeniowa ..... 5
Art.6 Czym są świadczenia opiekuńcze? ..... 5
Art.7 Czym są świadczenia medyczne? ..... 7
Art.8 Czym są świadczenia rehabilitacyjne? ..... 7
Art.9 Jakie są wyłączenia oraz ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela? ..... 7
Art.10 Jakie są limity w ramach Świadczeń Assistance? ..... 8
Art.11 Jak zgłosić chęć skorzystania ze Świadczeń Assistance? ..... 8
Art.12 Reklamacje ..... 9
Art.13 Roszczenia regresowe ..... 10
Art.14 Postanowienia końcowe ..... 10

**Załącznik nr 1** ..... 11

**Informacje dotyczące:**

Ogólnych warunków ubezpieczenia „Assistance medyczne”

Skorowidz najważniejszych informacji do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia „Assistance medyczne” dla klientów Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń.

| Informacje zawarte w OWU | Nr Artykułu OWU |
|---|---|
| 1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia/odszkodowania lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 4 oraz Art. 11 |
| 2. Wyłączenia oraz ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia | Art. 9 oraz Art. 10 |
| 3. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania | Art. 5 |

# Ogólne warunki ubezpieczenia „Assistance medyczne”

**Art. 1 Postanowienia ogólne**

1. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia „Assistance medyczne” (zwane dalej OWU) mają zastosowanie do Grupowej Umowy Ubezpieczenia Assistance medyczne dla Klientów Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (zwaną dalej „Umową Ubezpieczenia”) zawartej przez Europ Assistance S.A. zwanym dalej „Ubezpieczycielem” z Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zwaną dalej „Ubezpieczającym”.
2. Grupowa Umowa Ubezpieczenia Assistance medyczne (dalej: Umowa generalna) została zawarta na rachunek Ubezpieczonych, którzy zawarli z Ubezpieczającym Umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden.

**Art. 2 Co oznaczają używane pojęcia?**

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia należy rozumieć:

1) **Centrum Alarmowe** – jednostka organizacyjna wskazana przez Ubezpieczyciela, dostępna całodobowo, do której Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową; Centrum Alarmowym jest Europ Assistance Polska Sp. z o.o., ul. Wołoska 5, budynek Taurus, 02–675 Warszawa;
2) **Choroba** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu OWU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu i połogu;
3) **Choroba przewlekła** – choroby lub problemy zdrowotne wymienione w aktualnie obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych zdiagnozowane u Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, które były leczone stale lub okresowo lub były przyczyną Hospitalizacji Ubezpieczonego w okresie 24 miesięcy przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Do chorób przewlekłych zalicza się również alergie z wyłączeniem sytuacji gdy reakcja alergiczna wystąpiła nagle i jej konsekwencje zagrażają bezpośrednio życiu Ubezpieczonego;
4) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (ICD-10);
5) **Czasowa Niezdolność do Pracy** – nieprzerwana niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło uzyskiwania dochodu, będąca wynikiem Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami polskiego prawa, trwająca minimum 14 dni. Za nieprzerwaną niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło uzyskiwania dochodów uważa się również nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli nawrót nastąpił przed upływem 90 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu niezdolności do pracy;
6) **Drobny sprzęt ortopedyczno** – rehabilitacyjny – niewielkich rozmiarów sprzęt pomocniczy umożliwiający przebieg prawidłowej rehabilitacji, bądź ułatwiający egzystencję Ubezpieczonego;
7) **Dzień pobytu w szpitalu** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego. Za pierwszy Dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień przyjęcia do Szpitala.;
8) **Hospitalizacja** – nieprzerwanie trwający co najmniej 14 dni Pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU Pobyt w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego;
9) **Lekarz** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
10) **Lekarz Centrum Alarmowego** – zatrudniony w Centrum Alarmowym lekarz konsultant;
11) **Miejsce zamieszkania** – adres wskazany przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia jako aktualne miejsce zamieszkania lub miejsce stałego pobytu. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania Ubezpieczony zobowiązany jest poinformować pisemnie (pocztą tradycyjną lub e-mailem) lub telefonicznie o tym fakcie Ubezpieczyciela;
12) **Nationale-Nederlanden** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A z siedzibą w Warszawie 00-342 przy ul. Topiel 12;

13) **Nieszczęśliwy wypadek** – zwany dalej NW, to nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu OWU za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby lub Choroby psychicznej;
14) **Okres ubezpieczenia** – okres, w trakcie którego Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej;
15) **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany w sposób określony w OWU stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego zdrowia. W rozumieniu OWU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w Szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja Ubezpieczonego;
16) **Polisa** – dokument potwierdzający przystąpienie do ubezpieczenia;
17) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa miejscowego kraju objętego zakresem odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu OWU Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego;
18) **Świadczenia Assistance**:
    a) Świadczenia opiekuńcze wskazane w Art.6;
    b) Świadczenia medyczne wskazane w Art.7
    c) Świadczenia rehabilitacyjne wskazane w Art.8;
19) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na którą została zawarta Umowa ubezpieczenia zawarli z Ubezpieczającym Umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden.
20) **Ubezpieczający** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A z siedzibą w Warszawie 00-342 przy ul. Topiel 12;
21) **Ubezpieczyciel** – Europ Assistance S.A. – Ubezpieczyciel, zarejestrowany w rejestrze handlu i spółek Naterre pod numerem 451 366 405, z siedzibą we Francji, 1 Promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers w którego imieniu działa Centrum Alarmowe w ramach realizacji Umowy Ubezpieczenia;
22) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden
23) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Hospitalizacja, Czasowa niezdolność do pracy;

**Art. 3 Jak długo i od kiedy Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej?**

1. Ubezpieczyciel, w ramach Umowy generalnej, udziela ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonym od dnia określonego w Umowie ubezpieczenia.
2. Okres ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego, który został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego ubezpieczenia Assistance medyczne wynosi 1 rok. Ochrona ubezpieczeniowa jest automatycznie przedłużana na kolejny roczny Okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ochrona ubezpieczeniowa każdego Ubezpieczonego kończy się:
    a) z chwilą wyczerpania limitów wskazanych w niniejszym OWU;
    b) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia;
    c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy generalnej;
    d) z dniem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia;
    e) w dniu śmierci Ubezpieczonego;

    w zależności od tego, które z w/w zdarzeń nastąpi wcześniej.

**Art. 4 Co jest przedmiotem i zakresem Ubezpieczenia?**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest objęcie Ubezpieczonych przez Ubezpieczyciela ochroną ubezpieczeniową od ryzyka Hospitalizacji lub Czasowej niezdolności do pracy polegającą na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń Assistance
2. Ubezpieczeniem objęte są Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe na terytorium RP.
3. Usługi wymienione w ust. 1 Ubezpieczyciel realizuje za pośrednictwem Centrum Alarmowego;
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za świadczenie pomocy polega na zorganizowaniu i pokryciu (w wysokości określonej w niniejszych OWU) kosztów Świadczeń Assistance oraz pokryciu wyłącznie kosztów tych usług, które zostały wymienione w niniejszych OWU.

**Art. 5 Składka ubezpieczeniowa**

1. Składka ustalana jest na podstawie taryfy obowiązującej na podstawie postanowień Umowy Generalnej.
2. Składka płatna jest miesięcznie w terminie oraz na numer rachunku bankowego wskazany w Umowie Generalnej przez Ubezpieczającego.
3. W przypadku opłacania składki przelewem bankowym lub przekazem pocztowym za datę wpływu składki na rachunek bankowy Ubezpieczyciela uznaje się datę uznania przez bank.
4. Do zapłaty składki zobowiązany jest wyłącznie Ubezpieczający.

**Art. 6 Czym są świadczenia opiekuńcze?**

1. Świadczenia realizowane są w przypadku 14 – dniowej Hospitalizacji lub 14 – dniowej Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń opiekuńczych:

1) Dostarczenie artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków – organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków do Miejsca zamieszkania, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia na podstawie zlecenia lekarskiego a leki zostały przepisane przez Lekarza prowadzącego leczenie. Usługa przysługuje jedynie w przypadku, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką pomoc zagwarantować. Koszt zakupu artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków pokrywa Ubezpieczony;
2) Pomoc pielęgniarska – organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej (w godzinach 8:00-17:00) w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w Miejscu zamieszkania, zgodnie z poniższym zakresem usług:
   a) pomoc w umyciu;
   b) pomoc w skorzystaniu z codziennej toalety;
   c) zmiany opatrunków;
   d) podawanie leków;
   e) wykonanie zastrzyków zaleconych przez Lekarza;
3) Pomoc domowa – organizacja i pokrycie kosztów pomocy domowej (w godzinach 8:00-17:00) w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w Miejscu zamieszkania, zgodnie z poniższym zakresem usług:
   a) przygotowywanie posiłków;
   b) zrobienie zakupów;
   c) pomoc w ubieraniu się i czynnościach życia codziennego;
   d) odkurzanie;
   e) mycie podłóg;
4) Pomoc psychologa – organizacja i pokrycie kosztów dojazdu do Miejsca zamieszkania oraz honorarium psychologa, jeżeli taka pomoc jest niezbędna i zalecana przez Lekarza prowadzącego leczenie. Usługa przysługuje do 180 dni od daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
5) Transport medyczny – w przypadkach niewymagających interwencji pogotowia ratunkowego organizacja i pokrycie kosztów:
   a) transportu do placówki medycznej oraz transportu powrotnego;
   b) transportu na wizytę kontrolną oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, jeżeli Ubezpieczony powinien udać się na wizytę kontrolną do placówki medycznej, a ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem;
   c) transportu ze Szpitala do Miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem;
   d) transportu pomiędzy placówkami medycznymi – realizowane na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego leczenie, po konsultacji z Lekarzem Centrum Alarmowego i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia;
6) Osobisty asystent – zgodnie ze zleceniem Lekarza prowadzącego, jeżeli Ubezpieczony wymaga pomocy w trakcie Transportu medycznego do i ze Szpitala, organizacja i pokrycie kosztów honorarium osobistego asystenta, który będzie towarzyszył Ubezpieczonemu podczas transportu medycznego;
7) Dostawa drobnego sprzętu medyczno – rehabilitacyjnego – zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum Alarmowego, organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia Drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania. Usługa realizowana jest w przypadku, gdy Ubezpieczony powinien leżeć zgodnie z dokumentacja medyczną. Koszt sprzętu jest pokrywany przez Ubezpieczonego;
8) Organizacja konsultacji z lekarzem specjalistą – organizacja konsultacji z wybranym przez Ubezpieczonego lekarzem specjalistą w dogodnym dla Ubezpieczonego terminie. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów konsultacji z lekarzem specjalistą.
9) Infolinia medyczna – udostępnienie, na wniosek Ubezpieczonemu następujących informacji:
   a) Baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
   b) Baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
   c) Baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
   d) Baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
   e) Baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
   f) Baza danych placówek opieki społecznej,
   g) Baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
   h) Działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
   i) Informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
   j) Informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
   k) Informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość

przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
l) Informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach:
   - bezglutenowej,
   - bogatoresztkowej,
   - cukrzycowej,
   - ubogobiałkowej,
   - bogatobiałkowej,
   - niskocholesterolowej,
   - niskokalorycznej,
   - redukcyjnej,
   - wątrobowej,
   - wrzodowej,
m) Informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
n) Informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
o) Instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych:
   - gastroskopia,
   - kolonoskopia,
   - koronografia,
   - rezonans magnetyczny,
   - ultrasonografia,

Informacje, o których mowa powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza Partnera medycznego i Partnera medycznego.

3. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń opiekuńczych opisanych w ust. 2 alternatywnie oraz wielokrotnie w ramach maksymalnej kwoty do wykorzystania wynoszącej 2500 PLN (słownie: dwa tysiące pięćset złotych polskich) w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego w rocznym okresie ubezpieczenia.

**Art. 7 Czym są świadczenia medyczne?**

1. Świadczenia realizowane są w przypadku 14 – dniowej Hospitalizacji lub 14 – dniowej Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń medycznych:
   1) Konsultacje lekarskie – jeżeli Ubezpieczony wymaga konsultacji lekarza specjalisty i jeżeli konsultacja taka jest niezbędna i zalecana przez Lekarza prowadzącego leczenie lub Lekarza Centrum Alarmowego to Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty u lekarzy specjalistów, w zależności od zalecenia lekarza:
      a) Chirurg;
      b) Okulista;
      c) Otolaryngolog;
      d) Ortopeda;
      e) Ginekolog;
      f) Urolog;
      g) Pulmonolog;
      h) Lekarz rehabilitacji;
      i) Onkolog;
      j) Endokrynolog;
      k) Hematolog;
      l) Nefrolog;
      m) Dermatolog;
      n) Kardiolog;
      o) Endokrynolog;
      p) Chirurg naczyniowy;
   2) Diagnostyka laboratoryjna – organizacja i pokrycie kosztów zaleconych przez Lekarza prowadzącego leczenia, niezbędnych badań w celu zdiagnozowania schorzenia takich jak:
      a) Mocz – badanie ogólne
      b) OB;
      c) Morfologia;
      d) Glukoza;
      e) Elektrolity (sód i potas);
      f) Lipidogram;
      g) Próby wątrobowe;
      h) Amylaza;
      i) Mocznik;
      j) TSH;
      k) Kreatynina;
      l) Kwas moczowy;
      m) Proteinogram;
      n) CRP ilościowo;
      o) HBs przeciwciała;
      p) HCV przeciwciała;
   3) Badania specjalistyczne – organizacja i pokrycie kosztów zaleconych przez Lekarza prowadzącego leczenie, niezbędnych badań specjalistycznych w celu zdiagnozowania schorzenia takich jak:
      a) RTG;
      b) USG;
      c) Rezonans magnetyczny;
      d) Tomografia komputerowa;
3. Ubezpieczony może skorzystać z maksymalnie 10 świadczeń medycznych opisanych w ust.2 alternatywnie oraz wielokrotnie w ramach maksymalnej liczby usług do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego w rocznym okresie ubezpieczenia.

**Art. 8 Czym są świadczenia rehabilitacyjne?**

1. Świadczenia realizowane są w przypadku Hospitalizacji lub Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty Rehabilitacji jeżeli Ubezpieczony zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji. Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty następujących zabiegów:
   a) Ćwiczenia wytrzymałościowe (cykloergometr, bieżnia, stepper);
   b) Ćwiczenia ogólnousprawniające;
   c) Trening oporowy;
   d) Fizykoterapia;
   e) Rehabilitacja oddechowa;
3. Ubezpieczony może skorzystać z maksymalnie 10 zabiegów rehabilitacyjnych opisanych w ust.2 w ramach maksymalnej liczby usług do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego w rocznym okresie ubezpieczenia.

**Art. 9 Jakie są wyłączenia oraz ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela?**

1. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zostały spowodowane lub zaszły w następstwie:
   a) działań wojennych, stanu wojennego;
   b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu;
   c) udziału w misjach o charakterze militarnym lub stabilizacyjnym;
   d) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
   e) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
   f) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa;
   g) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej;
   h) udziału Ubezpieczonego w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty motorowe, motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie przy użyciu akwalungu, speleologia, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem;
   i) profesjonalnego (zawodowego) uprawiania sportów wymienionych w punkcie powyżej;
   j) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności;
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów Świadczeń Assistance powstałych z tytułu lub w następstwie:
   a) leczenia niezwiązanego z pomocą medyczną, udzieloną w przypadku nieszczęśliwego wypadku;
   b) Chorób przewlekłych;
   c) rekonwalescencji Ubezpieczonego lub schorzeń w trakcie leczenia, które nie zostały wyleczone;
   d) nagłego pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacji w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej;
   e) kosztów konsultacji, leczenia, zabiegów lub operacji z zakresy medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej i kosmetyki oraz ich następstw;
   f) ciąży;
   g) leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego;
   h) szczepień, a także leczenia dentystycznego, urazów niewymagających udzielenia natychmiastowej, niezbędnej pomocy medycznej;
   i) wypadków wynikających z zabiegów lub leczenia nie uznanego w sposób naukowy i medyczny;
   j) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń Lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum Alarmowego;
3. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są ponadto:
   a) koszty leczenia i rehabilitacji rozpoczętych przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
   b) koszty implantacji i implantów;
   c) koszty leczenia chorób wrodzonych oraz ich następstw;
   d) koszty świadczeń medycznych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
   e) kosztów transportu medycznego, o ile koszty transportu mogą być pokryte z ubezpieczenia zdrowotnego;
   f) leczenie oraz transport w przypadku, gdy stan zdrowia ubezpieczonego wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
   g) szkody spowodowane umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem Ubezpieczonego lub osoby wspólnie z nim zamieszkującej i prowadzącej gospodarstwo domowe z Ubezpieczonym oraz osoby, za które Ubezpieczony faktycznie oraz z mocy przepisów prawa, zwyczajów ponosi odpowiedzialność;
   h) następstwa zdarzeń, które miały miejsce przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
4. Centrum Alarmowe nie organizuje Świadczeń Assistance w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego;

**Art. 10 Jakie są limity w ramach Świadczeń Assistance?**

1. Poszczególne rodzaje Świadczeń Assistance są realizowane w ramach limitów wskazanych , w Załączniku nr 1 do Warunków.
2. Wskazane w tabeli limity to górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu ochrony udzielanej na podstawie niniejszej umowy ubezpieczenia.

**Art. 11 Jak zgłosić chęć skorzystania ze Świadczeń Assistance?**

1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony powinien niezwłocznie, przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, skontaktować się z Centrum Alarmowym, czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu: +48 (22) 203 79 64
2. Przy kontakcie z Centrum Alarmowym, podać następujące informacje:
   a) Imię i nazwisko;
   b) Numer PESEL lub numer polisy;

c) Świadczenie , z jakiego chce skorzystać;
d) Numer telefonu, pod którym Centrum Alarmowe może się z kontaktować;
e) Lokalizację miejsca, gdzie usługa ma być świadczona, jeżeli taka informacja jest niezbędna;

f) Inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Alarmowego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

3. Niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1 i 2, Centrum Alarmowe informuje Ubezpieczonego, czy na podstawie przekazanych przez niego informacji, uzasadnione jest zlecenie wykonania usługi, świadczonej w ramach ubezpieczenia, a w razie decyzji pozytywnej – zleca wykonanie takiej usługi.
4. W przypadku, gdy z przyczyn niezależnych od Ubezpieczyciela lub Centrum Alarmowego nie będzie możliwe wykonanie Świadczeń Assistance w terminie do 3 dni, ale nie wcześniej niż tego samego lub następnego dnia po otrzymaniu przez Centrum Alarmowe zgłoszenia chęci skorzystania ze świadczenia, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu koszty wykonania tych usług, do limitów wskazanych w Art. 10, o ile Centrum Alarmowe wyrazi zgodę na wykonanie tych usług przez Ubezpieczonego na koszt Ubezpieczyciela. Zwrot kosztów dokonywany jest na terytorium Polski, przelewem bankowym na rachunek wskazany przez Ubezpieczonego, w walucie polskiej.
5. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa nie dopełnił obowiązków określonych w niniejszym Artykule, Ubezpieczyciel może odpowiednio odmówić spełnienia świadczenia albo zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło lub znacząco utrudniło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności lub skutków Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Jeżeli brak jest podstaw do wykonania usługi świadczonej w ramach ubezpieczenia assistance lub może być ona świadczona w innym zakresie niż określony w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 1 i 2. Ubezpieczonemu przekazywana jest informacja ze wskazaniem okoliczności i podstaw prawnych uzasadniających całkowitą lub częściową odmowę wykonania usługi.
7. W celu wypłaty zwrotu poniesionych kosztów o których mowa w ust.5, Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać wniosek do Centrum Alarmowego na adres:

   **Europ Assistance Polska Sp. z o.o.**
   Zespół ds. Likwidacji Szkód
   ul. Wołoska 5, budynek Taurus
   02-675 Warszawa
   refundacje@europ-assistance.pl

8. Wniosek, o którym mowa powyżej, powinien zawierać:
   a) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
   b) numer polisy,
   c) datę urodzenia,
   d) numer rachunku bankowego, na który ma być wypłacone świadczenie pieniężne.
9. Do wniosku Ubezpieczony powinien w szczególności załączyć:
   a) zaświadczenie lekarskie upoważniające do skorzystania ze Świadczenia Assistance;
   b) rachunek lub fakturę za leczenie;
   c) dokument wystawiony przez Lekarza, Szpital lub placówkę medyczną, określający jakie usługi zostały wykonane;
10. Ubezpieczyciel likwiduje szkodę w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o jej wystąpieniu oraz dostarczenia wymaganych dokumentów.
11. Jeżeli w terminie określonym w ust. 11 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 11.

**Art. 12 Reklamacje**

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia ma prawo do złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym również w przedmiocie ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia.
2. Reklamacja może być złożona:
   1) w formie pisemnej – osobiście, w jednostce Ubezpieczyciela obsługującej osoby wskazane w ust. 1 lub przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. poz. 1529), na adres Centrum Alarmowego tj. Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości";
   2) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu +(48) 22 203 79 64
   3) z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres quality@europ-assistance.pl
3. W celu ułatwienia rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:
   1) dane wnoszącego reklamację pozwalające na jego jednoznaczną identyfikację;
   2) wskazanie umowy ubezpieczenia, której dotyczy reklamacja;
   3) treść reklamacji, tj. zastrzeżenia co do usług świadczonych przez Ubezpieczyciela;
   4) podanie opisu okoliczności uzasadniających reklamację wraz z ewentualnymi załącznikami w postaci czytelnych kopii lub skanów dokumentów.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19.08.2011 r. o usługach płatniczych (Dz.U. z 2014, poz. 873 ze zm.) lub – na wniosek osoby składającej reklamację – w formie elektronicznej na adres poczty elektronicznej podany w tym celu do wiadomości Ubezpieczyciela.

5. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamację niezwłocznie po rozpatrzeniu reklamacji, jednak w terminie nie dłuższym, niż 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających udzielenie odpowiedzi w terminie określonym w ust. 5, Ubezpieczyciel informuje (w formie właściwej dla odpowiedzi na reklamację) o:
   1) przyczynie opóźnienia;
   2) okolicznościach, które Ubezpieczyciel musi ustalić w celu rozpatrzenia reklamacji;
   3) przewidywanym terminie przesłania odpowiedzi, który jednak nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Spory pomiędzy osobami wskazanymi w ust. 1 a Ubezpieczycielem mogą być również zakończone w drodze postępowania przed Rzecznikiem Finansowym – na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
8. Ubezpieczony będący konsumentem ma prawo zwrócić się o rozwiązanie sporu wynikającego z umowy ubezpieczenia w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich do Rzecznika Finansowego – Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, (informacje odnośnie organu administracji Rzecznika Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.rzf.gov.pl) albo do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (informacje odnośnie Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny). Konsumenci mają dodatkowo możliwość wystąpienia o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
9. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Autorité de contrôle prudentiel et de résolution z siedzibą w Paryżu.

**Art. 13 Roszczenia regresowe**

1. Z dniem, w którym Ubezpieczyciel dokona refundacji poniesionych kosztów, roszczenie do osoby odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconej kwoty.
2. Ubezpieczony obowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty i udzielić niezbędnych informacji.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego do osób najbliższych oraz za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność.
4. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej, odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania lub je zmniejszyć o kwotę na jaką Ubezpieczony zrzekł się roszczenia. Jeżeli fakt zrzeczenia się lub ograniczenia roszczeń zostanie ujawniony po wypłacie odszkodowania, Ubezpieczyciel może żądać od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

**Art. 14 Postanowienia końcowe**

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
2. Spory wynikające z Umów Ubezpieczenia rozpatrują sądy powszechne właściwe dla Miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU zastosowanie mają przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w tym Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Powództwo o roszczenie wynikające z Umów Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej pozwanego albo przed sądem właściwym dla Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia „Assistance medyczne" wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2018 r.

# Załącznik nr 1 do Warunków

| Rodzaj świadczenia | | Liczba Świadczeń Assistance w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego | |
|---|---|---|---|
| Usługi medyczne | Dostarczenie artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków | Alternatywne i wielokrotne wykorzystanie w ramach maksymalnej sumy ubezpieczenia do wykorzystania wynoszącej 2 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w roku ubezpieczeniowym | |
| | Pomoc pielęgniarska | | |
| | Pomoc domowa | | |
| | Pomoc psychologa | | |
| | Transport medyczny | | |
| | Osobisty asystent | | |
| | Dostawa sprzętu medyczno – rehabilitacyjnego | | |
| | Organizacja konsultacji z lekarzem specjalistą | | |
| | Infolinia medyczna | | |
| Usługi medyczne | Konsultacje lekarskie | a) Chirurg;<br>b) Okulista;<br>c) Otolaryngolog;<br>d) Ortopeda;<br>e) Ginekolog;<br>f) Urolog;<br>g) Pulmonolog;<br>h) Lekarz rehabilitacji;<br>i) Onkolog;<br>j) Endokrynolog;<br>k) Hematolog;<br>l) Nefrolog;<br>m) Dermatolog;<br>n) Kardiolog;<br>o) Endokrynolog;<br>p) Chirug naczyniowy; | Alternatywne i wielokrotne wykorzystanie w ramach maksymalnej liczby usług do wykorzystania wynoszącej dziesięć (10) w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w roku ubezpieczeniowym |
| Usługi medyczne | Diagnostyka laboratoryjna | a) Mocz – badanie ogólne<br>b) OB;<br>c) Morfologia;<br>d) Glukoza;<br>e) Elektrolity (sód i potas);<br>f) Lipidogram;<br>g) Próby wątrobowe;<br>h) Amylaza;<br>i) Mocznik;<br>j) TSH;<br>k) Kreatynina;<br>l) Kwas moczowy;<br>m) Proteinogram;<br>n) CRP ilościowo;<br>o) HBs przeciwciała;<br>p) HCV przeciwciała; | |
| Usługi medyczne | Badania specjalistyczne | RTG<br>USG<br>Rezonans magnetyczny<br>Tomografia komputerowa | Maksymalnie jedno (1) świadczenie w roku ubezpieczeniowym |
| Usługi rehabilitacyjne | Rehabilitacja | a) Ćwiczenia wytrzymałościowe (cykloergometr, bieżnia, stepper);<br>b) Ćwiczenia ogólnousprawniające;<br>c) Trening oporowy;<br>d) Fizykoterapia;<br>e) Rehabilitacja oddechowa; | Alternatywne i wielokrotne wykorzystanie w ramach maksymalnej liczby zabiegów rehabilitacyjnych do wykorzystania wynoszącej dziesięć (10) w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w roku ubezpieczeniowym |

**Aby skorzystać ze świadczeń assistance skontaktuj się z Centrum Alarmowym, czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu:**

**+48 (22) 203 79 64**