

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA MediPlan dla Klientów Alior Leasing S.A.

	RODZAJ INFORMACJI	POSTANOWIENIA OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA MediPlan dla Klientów Alior Leasing Sp. z o.o..
1	Przesłanki wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 pkt 23, § 5 ust. 2 Tabela nr 1 – Tabela świadczeń i limitów część A –C;
2	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 ust. 11, § 5 ust. 4, 6 i 7 Tabela nr 1 – Tabela świadczeń i limitów) § 6, § 7, § 8 ust. 3;

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

MediPlan dla Klientów Alior Leasing S.A.

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia MediPlan dla Klientów Alior Leasing Sp. z o.o. zwane dalej OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych pomiędzy Financial Insurance Company Limited, część AXA, z siedzibą w Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, London W4 5HR, Wielka Brytania, zwaną dalej Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek, wówczas postanowienia niniejszych OWU stosuje się odpowiednio do osoby, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia.
3. Zobowiązania wynikające z niniejszych OWU Ubezpieczyciel wykonuje za pośrednictwem Centrum Pomocy.

Definicje

§ 2

Pojęciom użytym w niniejszych OWU oraz innych dokumentach związanych z umową ubezpieczenia nadaje się znaczenie określone poniżej:

1. **Amatorskie uprawianie sportów** – aktywność sportowa, której celem jest rekreacja i rozrywka.
2. **Centrum Pomocy** – Inter Partner Assistance Polska S.A., z siedzibą przy ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa zajmująca się organizacją i świadczeniem usług assistance w imieniu Ubezpieczyciela.
3. **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego, a także dziecko przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego, które w momencie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia, pod warunkiem, iż zamieszkuje ono w Miejscu zamieszkania.
4. **Dzień aktywacji** – dzień wypłaty pożyczki lub wydania przedmiotu leasingu; w przypadku wypłaty pożyczki w transzach, aktywacja następuje z dniem wypłaty ostatniej transzy pożyczki.
5. **Dzień rozpoczęcia ochrony** – Dzień aktywacji Umowy leasingu lub Umowy pożyczki, nie wcześniej niż dzień opłacenia składki ubezpieczeniowej.
6. **Hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji określonego w opisie świadczenia stanowiącego warunek realizacji poszczególnych świadczeń.
7. **Klient** – będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia.
8. **Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu następstw Nieszczęśliwego wypadku.
9. **Lekarz Centrum Pomocy** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Pomocy i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Pomocy.
10. **Miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym znajduje się Ubezpieczony, z wyjątkiem pobytu w Placówce medycznej.
11. **Miejsce zamieszkania** – miejsce zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, wskazane we Wniosku o realizację świadczeń.
12. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, skutkującego:
 - 1) pęknięciem lub złamaniem kości,
 - 2) zwichnięciem lub skręceniem stawu,
 - 3) urazem kręgosłupa,
 - 4) urazem głowy (wstrząśnięcie mózgu, pęknięcie kości czaszki),
 - 5) urazem narządów wewnętrznych,
 - 6) urazem oka.
13. **Okres ubezpieczenia** – 12-miesięczny, 24-miesięczny lub 36-miesięczny okres, w którym Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony w ramach Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki, rozpoczynający się w Dniu aktywacji Umowy leasingu lub Umowy pożyczki; W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na 12 miesięcy, Okres ubezpieczenia może zostać przedłużony na kolejne 12-miesięczne okresy pod warunkiem opłacenia składki za kolejny okres ubezpieczenia, łączny okres ubezpieczenia nie może trwać dłużej niż 59 miesięcy.
14. **Osoba bliska** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego we wspólnym gospodarstwie domowym w Miejscu zamieszkania, będąca dla Ubezpieczonego:
 - 1) małżonkiem lub osobą pozostającą z nim w konkubinacie,
 - 2) Dzieckiem,
 - 3) rodzicem, przysposabiającym, teściem, teściową, ojczymem, macochą, dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową.
15. **Osoba niesamodzielną** – osoba bliska, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długoterminowej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
16. **Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadre pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
17. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia na określonych w tym dokumencie warunkach.
18. **Poważny wypadek** – wyłącznie taki Nieszczęśliwy wypadek, w następstwie którego Ubezpieczony doznał ciężkiego uszkodzenia ciała uniemożliwiającego samodzielne funkcjonowanie.
19. **Reklamacja** – wystąpienie Klienta, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
20. **Rodzina** – członkowie najbliższej rodziny tj. małżonkowie/partnerzy (maksymalnie dwie osoby dorosłe, które w momencie objęcia umową ubezpieczenia nie ukończyły 64. roku życia) wraz z Dziećmi zamieszkujący wspólnie w Miejscu zamieszkania.
21. **Składka ubezpieczeniowa** – kwota pieniężna wyrażona w złotych, należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
22. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie Warunków ubezpieczenia.
23. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie.
24. **Śmierć Osoby bliskiej** – wyłącznie taki Nieszczęśliwy wypadek, w następstwie którego Osoba bliska zmarła.
25. **Ubezpieczający** – przedsiębiorca będący osobą fizyczną, prawna lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, a posiadająca zdolność prawną, która zawarła Umowę leasingu lub Umowę pożyczki z Alior Leasing Sp. z o.o., który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia MediPlan dla Klientów Alior Leasing Sp. z o.o..
26. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarta została umowa ubezpieczenia, która w momencie objęcia jej po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową albo w momencie automatycznego przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia nie ukończyła 64. roku życia. **Umowa leasingu** – umowa leasingu zawarta pomiędzy Alior Leasing Sp. z o.o., a Ubezpieczonym, której przedmiotem jest Pojazd.
27. **Umowa pożyczki** – umowa pożyczki zawarta pomiędzy Alior Leasing Sp. z o.o. a Pożyczkobiorcą, której zabezpieczeniem stanowi Pojazd.
28. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia "MediPlan dla Klientów Alior Leasing Sp. z o.o.", zawarta pomiędzy Ubezpieczającym i Ubezpieczycielem, na mocy której udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonemu, potwierdzona Polisą wystawioną przez Agenta w imieniu Ubezpieczyciela.
29. **Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia** – wniosek Ubezpieczającego o zawarcie z Ubezpieczycielem Umowy ubezpieczenia, oraz zawarte w tym samym dokumencie oświadczenie Ubezpieczyciela o potwierdzeniu zawarcia Umowy ubezpieczenia na określonych w nim warunkach.
30. **Zakres terytorialny** – w odniesieniu zarówno do świadczeń jak i Zdarzeń ubezpieczeniowych, obejmuje wyłącznie terytorium Polski.
31. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia na terytorium Polski, powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku, uprawniające do skorzystania z danego świadczenia - zgodnie z Tabelą nr 1 lub zgodnie z opisem świadczenia. Zdarzenia spowodowane jedną przyczyną i obejmujące wszystkie okoliczności oraz ich skutki, powiązane relacją przyczynowo-skutkową, czasem wystąpienia lub innym bezpośrednim czynnikiem, będą uważane za jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe.
32. **Zwierzę domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies - z wyłączeniem ras uznawanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

Zawarcie umowy i okres ubezpieczenia

§ 3

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna – kierowca Pojazdu wskazanego w Umowie Ubezpieczenia, która spełnia poniższe kryteria:
 - 1) ukończyła 18 rok życia oraz nie ukończyła 64 roku życia;
 - 2) została wskazana jako Ubezpieczony przez Ubezpieczającego;
 - 3) spełnia jedno z poniższych kryteriów:
 - a) jest zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
 - b) jest Ubezpieczającym prowadzącym jednoosobową działalność gospodarczą lub

c) jest współnikiem lub akcjonariuszem spółki handlowej będącym osobą fizyczną.

2. Jeden Ubezpieczony w tym samym czasie może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednej Umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na Okres ubezpieczenia na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego w dniu podpisania Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia oraz akceptacji tego wniosku przez Ubezpieczyciela.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza Polisé.
5. Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia i stanowi potwierdzenie jej zawarcia.
6. Okres ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego trwa przez cały okres trwania Umowy leasingu/pożyczki, rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony zaś kończy w dniu wskazanym we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż 59 miesięcy.
7. Okres ubezpieczenia kończy się, a Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z chwilą zaistnienia któregośkolwiek z następujących zdarzeń:
 - 1) z chwilą wyczerpania Sumy Ubezpieczenia,
 - 2) z dniem zaprzestania spełniania przez Ubezpieczonego kryterium wskazanego w §3 ust. 1 pkt 3) Warunków Ubezpieczenia,
 - 3) w dniu rozwiązania Umowy leasingu lub Umowy pożyczki, z wyłączeniem postanowień pkt. 4) poniżej;
 - 4) z dniem zbycia Pojazdu wskazanego w Umowie ubezpieczenia, chyba że zbycie nastąpiło na rzecz Korzystającego,
 - 5) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia,
 - 6) z upływem okresu ubezpieczenia wskazanego we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
8. W przypadku wcześniejszego zakończenia Okresu ubezpieczenia zgodnie z ust. 3 pkt. 2-5) powyżej, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
9. Ubezpieczający będący przedsiębiorcą może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia, a nie będący przedsiębiorcą – w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie wiąże się z żadnymi kosztami dla Ubezpieczającego.
10. Ubezpieczający może w każdym czasie zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
11. W terminie 7 dni od dnia otrzymania polisy Ubezpieczający powinien powiadomić Ubezpieczyciela pisemnie o wszelkich niezgodnościach danych zawartych w polisie ze stanem faktycznym, w szczególności z danymi podanymi przez niego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz podać prawidłowe dane. Po otrzymaniu prawidłowych danych Ubezpieczyciel dokona stosownych zmian o czym zawiadomi Ubezpieczającego przesyłając na podany przez niego adres email informację o dokonanych zmianach.
12. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela zgodnie z prawdą informacje, o które został zapytany przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
13. W razie ujawnienia zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 12 niniejszego paragrafu w czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest zgłaszać je Ubezpieczycielowi niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
14. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień ust. 12 lub 13 niniejszego paragrafu nie zostały podane do wiadomości Ubezpieczyciela. Jeżeli do naruszenia postanowień ust. 12 lub 13 niniejszego paragrafu doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
15. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Ubezpieczonego o jego prawach i obowiązkach wynikających z zawartej na jego rzecz umowy ubezpieczenia.
16. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ustępach poprzedzających spoczywają zarówno na Ubezpieczającym jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

Składka ubezpieczeniowa § 4

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej została określona w Polisie.
2. Składka płatna jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia w polskich złotych.
3. Niedoręczenie Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o rezygnacji z automatycznego przedłużenia umowy na kolejny Okres ubezpieczenia w terminie określonym w § 3 ust. 7 niniejszych OWU, będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia na następny Okres ubezpieczenia oraz akceptację nowej wartości składki ubezpieczeniowej obowiązującej w kolejnym Okresie ubezpieczenia, jeśli Ubezpieczający otrzyma od Ubezpieczyciela informację, o której mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu.
4. Zobowiązany do zapłaty składki jest Ubezpieczający.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia § 5

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia stanowi organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług określonych w niniejszych OWU, świadczonych na rzecz Ubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Pomocy w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego dla poszczególnych świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 poniżej, w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczenie może zostać zawarte w opcji Indywidualnej, gdzie Ubezpieczonym jest jedna osoba.
4. Świadczenia oraz limity kosztów usług przysługujące Ubezpieczonemu określone zostały w poniższej tabeli.
5. W ramach świadczeń wymienionych w Tabeli nr 1 Ubezpieczyciel organizuje usługi w zakresie opisanym poniżej i pokrywa ich koszty do wysokości nie przekraczającej limitów podanych w Tabeli nr 1, w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Tabela nr 1 – Tabela świadczeń i limitów

Świadczenia		Wniosek Ubezpieczonego/ Zdarzenie ubezpieczeniowe	MediPlan	
			Limity świadczeń	
ŚWIADCZENIA INFORMACYJNE				
1	Telefoniczna Informacja Medyczna	Wniosek Ubezpieczonego	bez limitu	
2	Infolinia szpitalna			
3	Stomatologiczny Program Rabatowy			
Maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego			20	
POMOC MEDYCZNA				
4	Konsultacja chirurga	Nieszczęśliwy wypadek	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	
5	Konsultacja okulisty			
6	Konsultacja otolaryngologa			
7	Konsultacja ortopedy			
8	Konsultacja kardiologa			
9	Konsultacja neurologa			
10	Konsultacja pulmonologa			
11	Konsultacja lekarza rehabilitacji			
12	Konsultacja neurochirurga			
13	Konsultacja psychologa			
14	Zabiegi ambulatoryjne*		do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	
15	Badania laboratoryjne*			
16	Badania radiologiczne*			
17	Ultrasonografia*			
18	Rehabilitacja*			Maks. 40 zabiegów (stanowiących łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
19	Tomografia komputerowa*			Maks. 1 badanie na Zdarzenie ubezpieczeniowe
20	Rezonans magnetyczny*			Maks. 1 badanie na Zdarzenie ubezpieczeniowe
POMOC OPIEKUŃCZA				
21	Opieka pielęgnarska		Nieszczęśliwy wypadek	Maks. 4 wizyty (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
22	Sprzęt rehabilitacyjny			Maks. koszt zakupu/wypożyczenia: 800 PLN na Zdarzenie ubezpieczeniowe Dostarczenie bez limitu
23	Transport osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania		
24	Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji	Maks. 4 doby hotelowe (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe		

25	Transport do Placówki medycznej	Nieszczęśliwy wypadek	do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	
26	Transport pomiędzy Placówkami medycznymi			
27	Transport z Placówki medycznej			
28	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny			
29	Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny			
30	Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala			
31	Dostarczenie leków			
32	Pomoc domowa po Hospitalizacji			Maks. 4 wizyty po 4 godziny każda w okresie kolejnych 14 dni (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
33	Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych			do wyczerpania Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
34	Opieka nad dziećmi			Sprawowanie opieki maks. przez okres 4 kolejnych dni 24h na dobę (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
35	Opieka nad osobami niesamodzielnymi	Sprawowanie opieki maks. przez okres 4 kolejnych dni 24h na dobę (stanowiących łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe		
36	Opieka nad zwierzętami	Opieka w miejscu zamieszkania maks. przez okres 4 kolejnych dni (stanowiących łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe		
37	Doradca rodziny	Poważny wypadek/ Śmierć Osoby bliskiej	Maks. 4 porady (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe	

* szczegółowy zakres procedur medycznych znajduje się w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

A. Świadczenia informacyjne

1. Telefoniczna Informacja Medyczna

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- a) NATYCHMIASTOWA POMOC - stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasadach jej udzielania,
- b) UKĄSZENIA - sposobów postępowania w przypadku ukąszeń,
- c) JEDNOSTKI CHOROBOWE - jednostek chorobowych w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,
- d) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE- diet (np. zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowych, cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, redukcyjnych), zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
- e) PROFILAKTYKA - profilaktyki zachorowań na grype, profilaktyki antynikotynowej
- f) OPISY BADAŃ - wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań
- g) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ - sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- h) BADANIA KONTROLNE - niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- i) LEKI - leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziomu refundacji leków,
- j) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI - terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- k) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE - uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- l) GRUPY WSPARCIA - grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mających problem y zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- m) PRZED PODRÓŻĄ - działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży tj. szczepień, specyfikacji danego kraju lub regionu świata - w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

Ponadto w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej Centrum Pomocy zapewnia Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM. Centrum Pomocy udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Polski:

- a) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Pomocy,
- b) Placówek medycznych mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- c) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych) i rekomendowanych przez Centrum Pomocy,
- d) aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów
- e) placówek opieki społecznej i hospicjów,
- f) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.

2. Infolinia szpitalna

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy udzieli następujących informacji na temat znajdujących się na terytorium Polski szpitali należących do sieci Centrum Pomocy:

- a) dostępność szpitali prywatnych,
- b) zakres świadczeń medycznych realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne (specjalności medyczne, procedury zabiegowe),
- c) numery telefonów do szpitali, pod którymi Ubezpieczony może zasięgnąć bardziej szczegółowych informacji,
- d) średnie ceny usług medycznych w poszczególnych szpitalach.

Ponadto Centrum Pomocy poinformuje Ubezpieczonego:

- a) o czym pamiętać wybierając się do szpitala,
- b) o czym pamiętać wychodząc ze szpitala,
- c) na czym polega przygotowanie do zabiegu operacyjnego,
- d) badaniach, których Uprawniony powinien się spodziewać w czasie hospitalizacji wraz z informacją, na czym poszczególne badania polegają,
- e) na co należy zwrócić uwagę w czasie odwiedzin bliskich w szpitalu.

3. Stomatologiczny Program Rabatowy

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy przekaże Ubezpieczonemu dane teleadresowe lub wskaże miejsce publikacji danych teleadresowych wyselekcjonowanych i wysokospecjalistycznych placówek stomatologicznych, należących do sieci Centrum Pomocy, w których Ubezpieczony będzie mógł skorzystać z programu zniżek na usługi stomatologiczne w zakresie stomatologii zachowawczej, chirurgicznej, ortodontacji i protetyki.

B. Pomoc medyczna

1. Konsultacje lekarzy specjalistów

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy - w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego - zorganizuje i pokryje koszty wizyt Ubezpieczonego u niżej wymienionych lekarzy specjalistów:

- a) chirurg,
- b) okulista,
- c) otolaryngolog,
- d) ortopeda,
- e) kardiolog,
- f) neurolog,
- g) pulmonolog,
- h) lekarz rehabilitacji,
- i) neurochirurg,
- j) psycholog.

2. Zabiegi ambulatoryjne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty zabiegów medycznych wykonanych na rzecz Ubezpieczonego w warunkach ambulatoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

3. Badania laboratoryjne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań laboratoryjnych Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

4. Badania radiologiczne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań radiologicznych Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

5. Badania ultrasonograficzne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań ultrasonograficznych Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

6. Rehabilitacja

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga rehabilitacji - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego - Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

- a) wizyt fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego albo
- b) wizyt Ubezpieczonego w najbliższej Miejscu pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej

w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

7. Tomografia komputerowa

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty tomografii komputerowej Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

8. Rezonans magnetyczny

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty rezonansu magnetycznego Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

C. Pomoc opiekuńcza

1. Opieka pielęgniarska

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w Miejscu pobytu - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego - Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do

wykonania w Miejscu pobytu. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

2. Sprzęt rehabilitacyjny

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną - powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wyprodukowania albo zakupu oraz koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu.

3. Transport osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony wymaga Hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w Placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od Miejsca zamieszkania, na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu osoby wskazanej przez Ubezpieczonego z miejsca jej pobytu na terytorium Polski do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest Hospitalizowany oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terytorium Polski po zakończonej Hospitalizacji Ubezpieczonego. Transport odbywa się:

- taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km),
 - pociągiem I klasy lub autobusem,
 - samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin,
- w tym, w odniesieniu do pkt. b) i c) również transport taksówką do i z dworca/lotniska.

4. Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony wymaga Hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w Placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od Miejsca zamieszkania, na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania (nocleg z wliczonym śniadaniem) osoby wskazanej przez Ubezpieczonego w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek, znajdującym się najbliżej miejsca Hospitalizacji Ubezpieczonego.

5. Transport do Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z Miejsca pobytu do odpowiedniej Placówki medycznej dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy.

6. Transport pomiędzy Placówkami medycznymi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy Placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Pomocy i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabieg lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony.

7. Transport z Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany i - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego - wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym.

8. Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony musi udać się, zgodnie z otrzymanym wezwaniem, na komisję lekarską, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z Miejsca zamieszkania do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

9. Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 4 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego przed upływem roku od dnia zakończenia Hospitalizacji powinien udać się na wizytę kontrolną do Placówki medycznej, Centrum Pomocy

zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego na taką wizytę oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

10. Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony trafił do szpitala, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, takich jak: odzież, przybory toaletowe, okulary, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez Ubezpieczonego ww. przedmiotów przedstawicielowi Centrum Pomocy. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu ww. artykułów, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

11. Dostarczenie lekarstw

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez Lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, Ubezpieczony (z uwagi na rodzaj obrażeń, jakich doznał) nie może opuszczać Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Ubezpieczonego leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Pomocy recepty niezbędnej do wykupienia leków oraz pokrycie kosztów zakupu ww. leków przez Ubezpieczonego.

12. Pomoc domowa po Hospitalizacji

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 4 dni i po zakończonej Hospitalizacji - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną - konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w Miejscu zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty honorarium i dojazdu pomocy domowej do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, pod warunkiem iż Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Świadczenie obejmuje pomoc w następującym zakresie:

- zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
- codzienne porządki domowe,
- dostawa/ przygotowanie posiłków,
- opieka nad Zwierzętami domowymi,
- podlewanie kwiatów.

Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu jakichkolwiek materiałów lub środków spożywczych związanych z zapewnieniem pomocy domowej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

13. Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie może opuszczać Miejsca zamieszkania - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną - Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego podstawowych artykułów spożywczych, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu artykułów spożywczych, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

14. Opieka nad Dziećmi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest Hospitalizowany albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki Dzieciom, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty opieki w Miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług lub - w uzasadnionych stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, okolicznościach - przez pielęgniarkę.

Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca pobytu Dzieci.

15. Opieka nad osobami niesamodzielnymi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest Hospitalizowany albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki Osobie niesamodzielną, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty opieki w Miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług lub - w uzasadnionych stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, okolicznościach - przez pielęgniarkę.

Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca pobytu Osoby niesamodzielną.

16. Opieka nad Zwierzętami

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest Hospitalizowany i przewidywany okres Hospitalizacji przekracza 4 dni, a konieczne jest zapewnienie opieki nad Zwierzęciem domowym, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty opieki nad Zwierzęciem domowym w Miejscu zamieszkania w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny.

Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów karmy dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny używanych podczas sprawowania opieki, tym samym koszty te ponosi Ubezpieczony.

Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca pobytu Zwierzęcia.

17. Transport Dziecka do placówki oświatowo-wychowawczej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony - zgodnie z pisemną opinią Lekarza prowadzącego - nie może opuścić Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty przewozu Dziecka z Miejsca zamieszkania na zajęcia do szkoły, przedszkola, żłobka i z powrotem po zakończeniu zajęć.

Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić taki transport a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca przebywania Dzieci.

18. Doradca rodziny

W przypadku, gdy w związku z wystąpieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub Osoby bliskie nie radzą sobie z nową, trudną sytuacją życiową, Centrum Pomocy zapewni Ubezpieczonemu telefoniczną pomoc Doradcy, który udzieli:

- 1) porad formalno – prawnych w zakresie:
 - i. w jaki sposób uzyskać usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne w ramach pomocy społecznej,
 - ii. orzekania stopnia niepełnosprawności,
 - iii. adaptacji miejsca zamieszkania do potrzeb osoby trwale niepełnosprawnej,
 - iv. nabycia spadku (przejęcie praw i obowiązków po zmarłym),
 - v. otwarcia testamentu,
 - vi. ustanowienia nowego uposażonego w umowach ubezpieczenia,
 - vii. ustanowienia pełnomocnika do rachunku bankowego,
- 2) porad finansowych, w zakresie w jaki sposób i gdzie można uzyskać:
 - a) świadczenia z ZUS/KRUS (m.in. renta, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, renta rodzinna, zasiłek pogrzebowy),
 - b) świadczenia z tytułu umów ubezpieczeń (m.in. ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia NNW, OFE czy ubezpieczenia OC sprawy wypadku),
 - c) świadczenia należne rodzinie z zakładu pracy,
 - d) środki zgromadzone na rachunkach bankowych,
 - e) dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i inne środki pomocnicze.

Ponadto Doradca zapewnia wsparcie w życiu codziennym, polegające na organizacji:

- i. zakupów artykułów pierwszej potrzeby,
- ii. pomocy sprzątającej,
- iii. przygotowania posiłków,
- iv. pomocy dzieciom w nauce.

Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów usług, zakupu materiałów lub środków spożywczych związanych z zapewnieniem pomocy organizacyjnej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

Informacje, o których mowa pkt a) i b) udzielane są Ubezpieczonemu najpóźniej następnego dnia roboczego po otrzymaniu zgłoszenia.

Informacje udzielane w ramach infolinii mają charakter ogólny i nie mogą stanowić ostatecznej porady czy opinii prawnej.

Limity ubezpieczenia

§ 6

1. Ubezpieczyciel spełnia świadczenie do wysokości limitów ubezpieczenia określonych w Tabeli nr 1 z uwzględnieniem Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania. Limity mogą być określone kwotowo lub ilościowo. Maksymalna liczba świadczeń oznacza że z 40 dostępnych świadczeń, Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 20 świadczeń z zakresu Pomocy medycznej i Pomocy opiekuńczej możliwych do wykorzystania na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe.
2. W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego realizacja któregokolwiek ze świadczeń z zakresu Pomocy medycznej oraz Pomocy opiekuńczej pomniejsza Maksymalną liczbę świadczeń do wykorzystania z uwzględnieniem zapisów ust. 3, 4, 5 niniejszego paragrafu.
3. W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego świadczenia z wyłączeniem świadczeń:

- 1) Rehabilitacja,
 - 2) Tomografia komputerowa,
 - 3) Rezonans magnetyczny,
 - 4) Opieka pielęgniarska,
 - 5) Sprzęt rehabilitacyjny,
 - 6) Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji,
 - 7) Pomoc domowa po Hospitalizacji,
 - 8) Opieka nad dziećmi,
 - 9) Opieka nad osobami niesamodzielnymi,
 - 10) Opieka nad zwierzętami,
 - 12)
 - 13) Doradca rodziny,
- które to świadczenia, mogą być wykorzystane tylko raz w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

4. W ramach jednego świadczenia możliwe jest wykonanie kilku usług, które traktowane są jako jedno świadczenie z Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, jeżeli tak przewiduje opis dla danego świadczenia w Tabeli nr 1.
5. Świadczenie Badania laboratoryjne traktowane jest jako jedno świadczenie z Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, niezależnie od liczby wydanych skierowań i zleceń do wykonania badań w związku z wystąpieniem danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wynikających z niniejszych OWU przekroczy limit kosztów wskazany w Tabeli nr 1 powyżej, może zostać wykonana przez Centrum Pomocy, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Ubezpieczyciela limitem dla określonego świadczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - 2) strajków, niepokojów społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela,
 - 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
2. W przypadku gdy udzielenie świadczenia określonego w OWU 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, w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa powyżej, pod warunkiem iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia.
3. Z odpowiedzialności ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru, oraz działania wojennego, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - 2) szkód powstałych na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - 3) chorób psychicznych Ubezpieczonego,
 - 4) popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - 5) prowadzenia pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia pojazdu,
 - 6) uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
 - 7) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 8) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - 1) wyczynowego i zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportu przez co rozumie się regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach sportowych albo imprezach i obozach kondycyjnych

i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu.

- 2) Amatorskiego uprawiania sportów: powietrznych, motorowych, motorowodnych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego).
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowanej przez siebie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Pomocy bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Pomocy.
8. Informacje udzielane w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
9. W przypadku świadczenia Dostarczenie lekarstw Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
10. W przypadku świadczenia Sprzęt rehabilitacyjny koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego nie są pokrywane jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.

Obowiązki Ubezpieczonego. Realizacja świadczeń **§ 8**

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie skontaktować się z Centrum Pomocy pod numerem telefonu +48 22 575 94 81 nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego nie było to możliwe w terminie wskazanym powyżej i podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności:
 - 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL,
 - 3) adres miejsca zamieszkania,
 - 4) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy.
3. W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu w terminie w nim wskazanym Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie jeżeli niewykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
4. W celu realizacji pierwszego świadczenia z zakresu Pomocy medycznej i Pomocy opiekuńczej w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego (z wyłączeniem świadczenia Doradca rodziny) Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest wypełnić i przekazać do Centrum Pomocy „Wniosek o realizację świadczeń” do którego dołącza kopie:
 - 1) skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń,
 - 2) dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem Nieszczęśliwego wypadku wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań,ww. dokumenty należy przesłać do Centrum Pomocy pocztą tradycyjną lub pocztą mailową na adres mediplan_zdrowie@axa-assistance.pl.
5. W celu realizacji kolejnych świadczeń z zakresu Pomocy medycznej i Pomocy opiekuńczej w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest przekazać do Centrum Pomocy kopię skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń.
6. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów.
7. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty o których mowa w ust. 4 i 5 niniejszego paragrafu Lekarz Centrum Pomocy w terminie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, podejmie decyzję, czy spełnione zostały medyczne przesłanki do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
8. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy, a zwłaszcza przekazać inne dokumenty, o które wnioskuje Centrum Pomocy niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania.
9. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanego Wniosku o realizację świadczeń Centrum Pomocy, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych

informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

10. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń Pomocy medycznej wynosi:
 - 1) do 5 dni roboczych w przypadku konsultacji u lekarzy specjalistów,
 - 2) do 3 dni roboczych w przypadku pozostałych świadczeń pomocy medycznej, o ile Ubezpieczony nie wskaże konkretnego lekarza czy placówki lub późniejszego terminu, w którym chciałby skorzystać ze świadczenia.
11. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Centrum Pomocy pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
12. Świadczenia medyczne realizowane są w placówkach medycznych należących do sieci medycznej Centrum Pomocy.
13. Koszty świadczeń realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszych OWU, z zakresu Pomocy medycznej i Pomocy opiekuńczej, pokrywane są przez Centrum Pomocy bezpośrednio na rzecz podmiotu lub placówki medycznej realizującej świadczenie.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia **§ 9**

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z upływem Okresu ubezpieczenia, o godz. 24:00 dnia wskazanego w polisie jako data końca Okresu ubezpieczenia, o ile Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 30 dni przed końcem Okresu ubezpieczenia złożył oświadczenie o rezygnacji z automatycznego przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia.
 - 2) z dniem następującym po dniu otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym upływa trzymiesięczny okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, z tym, że nie później niż do końca Okresu ubezpieczenia na jaki umowa została zawarta,
 - 4) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 5) w dniu upływu 7 dniowego okresu płatności składki ubezpieczeniowej określonego przez Ubezpieczyciela w doręczonym Ubezpieczającemu wezwaniu do zapłaty zaległej składki, w przypadku braku płatności składki przy automatycznym odnowieniu umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia; za datę doręczenia wezwania do zapłaty uważa się dzień odebrania przez Ubezpieczającego pisma przesłanego listem poleconym,
 - 6) z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.
2. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 2) - 4) niniejszego paragrafu za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem, że za datę od której liczony jest zwrot składki przyjmuje się w odniesieniu do:
 - 1) ust.1 pkt 2) niniejszego paragrafu - dzień następujący po dniu otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia,
 - 2) ust.1 pkt 3) niniejszego paragrafu - pierwszy dzień miesiąca następującego po zakończeniu trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia,
 - 3) ust. 1 pkt 4) niniejszego paragrafu - dzień śmierci Ubezpieczonego,Wysokość składki podlegającej zwrotowi za niewykorzystany okres ubezpieczenia ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego Okresu ubezpieczenia.
3. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 5) niniejszego paragrafu Ubezpieczyciel jest uprawniony do otrzymania składki za cały okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej do momentu jej wygaśnięcia.
4. Ubezpieczający ma prawo:
 - 1) odstąpić od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia,
 - 2) wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania, w takim przypadku Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym złożono wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.
5. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia przed upływem Okresu ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
6. Chcąc odstąpić lub wypowiedzieć umowę ubezpieczenia i ubiegać się o zwrot składki Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać do Ubezpieczyciela oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu umowy.
7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, osoba ubiegająca się o zwrot składki zobowiązana jest przekazać do Ubezpieczyciela odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego oraz wniosek o zwrot składki ubezpieczeniowej.
8. Oświadczenia o wypowiedzeniu lub odstąpieniu od umowy ubezpieczenia oraz wnioski o zwrot składki muszą być złożone do Ubezpieczyciela wyłącznie w formie pisemnej.

Roszczenia regresowe

§ 10

1. Z dniem zapłaty świadczenia przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, do wysokości wypłaconego przez Ubezpieczyciela świadczenia (roszczenie regresowe).
2. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń co do pozostałej części szkody przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.

Postępowanie reklamacyjne

§ 11

1. Niniejsze postępowanie reklamacyjne określa zasady zgłaszania i rozpatrywania Reklamacji zgłaszanych przez Klienta, dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, wynikające z niniejszych OWU, zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
2. Reklamacja może zostać złożona do Centrum Pomocy Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej:
 - a) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub
 - b) przesyłką pocztową na adres Centrum Pomocy:
Dział Jakości
Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa.
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: quality@ipa.com.pl.
3. Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
 - 1) pełen adres korespondencyjny lub
 - 2) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - 3) wskazanie umowy ubezpieczenia,
 - 4) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację,
 - 5) oczekiwane działania.
4. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, Ubezpieczyciel poinformuje o tym Klienta, w celu dostarczenia przez Klienta wszelkich danych i informacji, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel w zakresie w i w celu niezbędnym do rozpatrzenia Reklamacji.
5. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
8. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy wskazany w ust. 3 pkt 1) chyba, że Klient wniósł o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w ust. 3 pkt 2).
9. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
10. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze OWU właściwym jest prawo polskie.
11. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a w przypadku dochodzenia roszczeń przez spadkobiercę Ubezpieczonego lub spadkobiercę uprawnionego z umowy ubezpieczenia przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
12. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.

13. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl/>.

Postanowienia końcowe

§ 12

1. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a w przypadku dochodzenia roszczeń przez spadkobiercę Ubezpieczonego lub spadkobiercę uprawnionego z umowy ubezpieczenia przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Wszelkie zawiadomienia, oświadczenia i wnioski nie będące Reklamacją składane przez strony w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie pocztą tradycyjną lub pocztą mailową i stają się skuteczne z chwilą ich doręczenia do adresata.
3. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski, o których mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu zostaną rozpatrzone w terminie do 30 dni licząc od daty ich wpływu do Ubezpieczyciela.
4. Dokumenty przesyłane pocztą tradycyjną strony będą przysyłać na adresy wskazane w polisie.
5. Strony obowiązane są informować się wzajemnie o każdej zmianie adresów. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony zmienił adres i nie zawiadomił o tym fakcie Ubezpieczyciela to skierowanie korespondencji na ostatni znany adres Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego wywiera skutki prawne od chwili, w której byłaby doręczona, gdyby Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie zmienił adresu.
6. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 25 maja 2018 r. i są oznaczone symbolem: Alior Leasing/NNWK_BK/022018.

ZAŁĄCZNIK NR 1 WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

PROCEDURY MEDYCZNE	WARIANT
	Indywidualny
ZABIEGI AMBULATORYJNE	
AMBULATORYJNE ZABIEGI CHIRURGICZNE	
Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych	+
Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu	+
Usunięcie szwów	+
Zmiana opatrunku	+
Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)	+
Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojęzyczny, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)	+
Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)	+
Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn	+
Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych	+
Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite	+
AMBULATORYJNE ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE	
Usunięcie ciała obcego, śródnosowe	+
AMBULATORYJNE ZABIEGI OKULISTYCZNE	
Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki	+
Usunięcia ciała obcego lub złoju w obrębie układu łzowego, przewody łzowe	+
Wstrzyknięcie podspojówkowe	+
AMBULATORYJNE ZABIEGI ORTOPEDYCZNE	
Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)	+
Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)	+
Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)	+
Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)	+
Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną	+
Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie	+
Zastosowanie gipsu biodrowego	+
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)	+
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)	+
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)	+
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)	+
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego	+
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego - gips piersiowo-ramienny	+
Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)	+
Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)	+
BADANIA LABORATORYJNE	
Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)	+
Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów	+
Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów	+
Morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie	+
Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); nieautomatycznie	+
Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); automatycznie	+
BADANIA RADIOLOGICZNE	
Badanie radiologiczne; czaszka	+
Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; jedna projekcja – czołowa PA	+
Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; dwie projekcje – czołowa PA i boczna	+

Badanie radiologiczne; żuchwa	+
Badanie radiologiczne; układ kostny twarzy	+
Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)	+
Badanie radiologiczne; żebra; jednostronne	+
Badanie radiologiczne; żebra; obustronne	+
Badanie radiologiczne; mostek	+
Badanie radiologiczne; staw lub stawy mostkowo-obojczykowe	+
Badanie radiologiczne; kręgosłup – całość; badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna	+
Badanie radiologiczne; kręgosłup szyjny	+
Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowo-lędźwiowy; w pozycji stojącej (skolioza)	+
Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowy	+
Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowo-lędźwiowy	+
Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek lędźwiowo-krzyżowy	+
Badanie radiologiczne; miednica	+
Badanie radiologiczne; stawy krzyżowo-biodrowe	+
Badanie radiologiczne; kość krzyżowa i kość ogonowa	+
Badanie radiologiczne; obojczyk; całkowite	+
Badanie radiologiczne; łopatką; całkowite	+
Badanie radiologiczne; bark	+
Badanie radiologiczne; stawy barkowo-obojczykowe	+
Badanie radiologiczne; kość ramienna	+
Badanie radiologiczne; staw łokciowy	+
Badanie radiologiczne; przedramię	+
Badanie radiologiczne; nadgarstek	+
Badanie radiologiczne; ręka	+
Badanie radiologiczne; palec (palce) ręki	+
Badanie radiologiczne; biodro	+
Badanie radiologiczne; kość udowa	+
Badanie radiologiczne; kolano	+
Badanie radiologiczne; oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA	+
Badanie radiologiczne; piszczel i strzałka	+
Badanie radiologiczne; staw skokowy	+
Badanie radiologiczne; stopa	+
Badanie radiologiczne; kość piętowa	+
Badanie radiologiczne; jama brzuszna; pojedyncza projekcja PA	+
ULTRASONOGRAFIA	
Badanie ultrasonograficzne; klatka piersiowa	+
Badanie ultrasonograficzne; jama brzuszna	+
Badanie ultrasonograficzne miednicy	+
Badanie ultrasonograficzne moszny i jej zawartości	+
Badanie ultrasonograficzne; kończyna; nienaczyniowe	+
REHABILITACJA	
Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości	+
Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości;	+
Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje	+
Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna	+
Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów	+
Kinezjotaping	+
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia	+
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)	+

Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet	+
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki	+
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza	+
Galwanizacja	+
Elektrostymulacja	+
Tonoliza	+
Prądy diadynamiczne	+
Prądy interferencyjne	+
Prądy Kotza	+
Prądy Tens	+
Prądy Traberta	+
Impulsowe pole magnetyczne	+
Laseroterapia (skaner, punktowo)	+
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (termożele)	+
Krioterapia – miejscowa	+
Krioterapia – zabieg w kriokomorze	+
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	
Tomografia komputerowa; głowa lub mózg; bez kontrastu	+
Tomografia a komputerowa; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; bez kontrastu	+
Tomografia komputerowa; okolica szczękowo-twarzowa; bez kontrastu	+
Tomografia komputerowa; tkanki miękkie szyi; bez kontrastu	+
Tomografia komputerowa; klatka piersiowa; bez kontrastu	+
Tomografia komputerowa; kręgosłup szyjny; bez kontrastu	+
Tomografia komputerowa; odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu	+
Tomografia komputerowa; odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu	+
Tomografia komputerowa; miednica; bez kontrastu	+
Tomografia komputerowa; kończyna górna; bez kontrastu	+
Tomografia komputerowa; kończyna dolna; bez kontrastu	+
Tomografia a komputerowa; jama brzuszna; bez kontrastu	+
Tomografia komputerowa; głowa lub mózg; z kontrastem	+
Tomografia komputerowa; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem	+
Tomografia a komputerowa; okolica szczękowo-twarzowa; z kontrastem	+
Tomografia komputerowa; tkanki miękkie szyi z kontrastem	+
Tomografia komputerowa; klatka piersiowa; z kontrastem	+
Tomografia komputerowa; kręgosłup szyjny; z kontrastem	+
Tomografia komputerowa; odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem	+
Tomografia komputerowa; odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem	+
Tomografia komputerowa; miednica; z kontrastem	+
Tomografia komputerowa; kończyna górna; z kontrastem	+
Tomografia komputerowa; kończyna dolna; z kontrastem	+
Tomografia a komputerowa; jama brzuszna; z kontrastem	+
REZONANS MAGNETYCZNY	
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; oczodół, twarz i szyja; bez kontrastu	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); bez kontrastu	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); bez kontrastu	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; bez kontrastu	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; miednica; bez kontrastu	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; bez kontrastu	+

Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu	+
370 Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; bez kontrastu	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; jama brzuszna; bez kontrastu	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; oczodół, twarz i szyja; z kontrastem	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); z kontrastem	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); z kontrastem	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; z kontrastem	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; miednica; z kontrastem	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; z kontrastem	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; z kontrastem	+
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; jama brzuszna; z kontrastem	+



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

„UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW KOMUNIKACYJNYCH – BEZPIECZNY KIEROWCA”

Rodzaj informacji	Numer zapisu z warunków ubezpieczenia
1. Przesłanki wypłaty świadczenia	§2 OWU §9 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	§3 OWU §9 OWU §10 OWU

WPROWADZENIE

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków komunikacyjnych – Bezpieczny Kierowca” (zwane również „Warunkami Ubezpieczenia”), określają zakres i sposób udzielania ochrony ubezpieczeniowej, oferowanej Korzystającemu lub Pożyczkobiorcy lub osobom wskazanym przez Korzystającego lub Pożyczkobiorcę, który zawarł odpowiednio Umowę leasingu lub Umowę pożyczki z „Alior Leasing” Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu oraz zawarł Umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem.

Podjęcie decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków komunikacyjnych – „Bezpieczny Kierowca” powinno być poprzedzone dokładnym zapoznaniem się z treścią Dokumentu zawierającego informacje o produkcie ubezpieczeniowym oraz niniejszych warunków ubezpieczenia, w szczególności zakresem ochrony ubezpieczeniowej, wysokością sumy ubezpieczenia oraz wyłączeniami odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

DEFINICJE

§ 1

Przez użyte w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia terminy należy rozumieć:

1. **Administrator** - AXA Partners S.A. Oddział w Polsce (część AXA), działająca w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela, w szczególności w zakresie ustalania przyczyn i okoliczności zdarzeń ubezpieczeniowych oraz ustalania rozmiaru świadczeń należnych uprawnionym do świadczenia;
2. **Agent ubezpieczeniowy** – „Serwis Ubezpieczeniowy” Sp. z o. o. z siedzibą w Katowicach (40-855) przy ul. Tarasa Szewczenki 8, NIP 6751565906, nr 11232707/A w Rejestrze Agentów Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Komisję Nadzoru Finansowego lub inny agent ubezpieczeniowy wykonujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, w tym w zakresie zawierania umów ubezpieczenia;
3. **Akty terroryzmu** - działania indywidualne lub grupowe skierowane przeciwko ludności lub mieniu w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności, dezorganizacji życia publicznego, transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych – dla osiągnięcia skutków ekonomicznych, politycznych lub społecznych;



4. **Bójka** – starcie dwóch albo więcej osób wzajemnie zadających sobie razy, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik;
5. **Certyfikat ubezpieczeniowy** – dokument wystawiany przez Agenta w imieniu Ubezpieczyciela, zawierający informacje o przedmiocie ubezpieczenia oraz wysokości składki ubezpieczeniowej;
6. **Działania wojenne** – działania sił zbrojnych mające na celu rozbić sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
7. **Dzień aktywacji** – dzień wypłaty pożyczki lub wydania przedmiotu leasingu; w przypadku wypłaty pożyczki w transzach, aktywacja następuje z dniem wypłaty ostatniej transzy pożyczki;
8. **Dzień rozpoczęcia ochrony** – Dzień aktywacji Umowy leasingu lub Umowy pożyczki;
9. **Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – w przypadku śmierci – dzień zgonu Ubezpieczonego, w przypadku Hospitalizacji dzień rejestracji w Szpitalu Ubezpieczonego, w przypadku Złamania kości przez Ubezpieczonego – dzień zdiagnozowania Złamania kości potwierdzonego przez lekarza na podstawie wykonanych badań RTG, w przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu – dzień powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu określonego w Tabeli nr 2 w par. 7, potwierdzonego przez lekarza na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej;
10. **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, będący konsekwencją nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego mającego miejsce w okresie ubezpieczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej trzy dni, związany z leczeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego, którego nie można leczyć ambulatoryjnie, przy czym w rozumieniu Warunków ubezpieczenia dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt; za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni - dzień wypisu ze szpitala;
11. **Korzystający, Pożyczkobiorca** – przedsiębiorca będący osobą fizyczną, prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, a posiadającą zdolność prawną, która zawarła Umowę leasingu lub Umowę pożyczki z Alior Leasing Sp. z o.o.;
12. **Kości główne** – kręgi kręgosłupa, czaszka, żuchwa, szczeka, obojczyk, łopatka, kość ramienna, miednica, kość udowa, rzepka, kość piszczelowa, mostek, żebra, a także kość promieniowa oraz kość łokciowa pod warunkiem, że ulegną złamaniu podczas tego samego nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
13. **Kości mniejsze** – wszystkie pozostałe kości nie zaliczone do grupy kości głównych w rozumieniu niniejszych Warunków ubezpieczenia takie, jak: kość promieniowa, kość łokciowa, kość strzałkowa, kości dłoni i nadgarstka, kości stopy;
14. **Lekarz uprawniony** – lekarz wskazany przez Ubezpieczyciela i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej Ubezpieczonego, jak również do przeprowadzania ekspertyz lekarskich;
15. **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** - nagłe zdarzenie, spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego i nie wynikające z jego lekkomyślności lub niedbalstwa, będące wyłączną przyczyną wypadku komunikacyjnego z udziałem pojazdu wskazanego w Umowie ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, jego trwały uszczerbek na zdrowiu, hospitalizacja lub złamanie kości Ubezpieczonego;
16. **Okres ubezpieczenia** – dwunastomiesięczny, dwudziestoczwieromiesięczny lub trzydziestosześcioletni okres, w którym Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony w ramach Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki, rozpoczynający się w Dniu aktywacji Umowy leasingu lub Umowy pożyczki; W przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia na 12 miesięcy, Okres ubezpieczenia może zostać przedłużony na kolejne 12-miesięczne okresy pod warunkiem opłacenia składki za kolejny okres ubezpieczenia, łączny okres ubezpieczenia nie może trwać dłużej niż 59 miesięcy;



17. **Pojazd** – Pojazd osobowy lub Pojazd ciężarowy w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia wskazany w Umowie ubezpieczenia, na sfinansowanie którego Korzystający lub Pożyczkobiorca zawarł Umowę leasingu lub Umowę pożyczki z Alior Leasing Sp. z o.o.;
18. **Pojazd osobowy** – Pojazd samochodowy w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym będący przedmiotem Umowy leasingu lub stanowiący zabezpieczenie rzeczowe Umowy pożyczki, którego dane identyfikacyjne (numer vin, numer rejestracyjny) Ubezpieczający podał Ubezpieczycielowi we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia o dopuszczalnej masie całkowitej mniejszej niż 3,5 tony;
19. **Pojazd ciężarowy** - Pojazd samochodowy w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym oraz przyczepy i naczepy, będący przedmiotem Umowy leasingu lub stanowiący zabezpieczenie rzeczowe Umowy pożyczki, którego dane identyfikacyjne (numer vin, numer rejestracyjny) Ubezpieczający podał Ubezpieczycielowi we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia o dopuszczalnej masie całkowitej większej niż 3,5 tony, lecz nie większej niż 44 tony;
20. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia na określonych w tym dokumencie warunkach;
21. **Przestępstwo** - czyn zawiniony i społecznie szkodliwy (w stopniu większym niż znikomy), zabroniony pod groźbą kary przez ustawę karną opisującą jego znamiona, obowiązującą w dniu popełnienia tego czynu;
22. **Ruch pojazdu** – sytuacja zaistniała, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siły bezwładności;
23. **Składka ubezpieczeniowa** – kwota pieniężna wyrażona w złotych, należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej;
24. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie Warunków ubezpieczenia;
25. **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący, przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego, całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia; w rozumieniu warunków ubezpieczenia pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, zakładu opiekuńczo-leczniczego, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, prewentoriów, szpitali sanatoryjnych;
26. **Śpiączka** - stan zaistniały wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 30 dni, wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe organizmu, polegający na występowaniu głębokich ilościowych zaburzeń świadomości, wyrażających się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne słowne i bólowe, związany z ciężkim uszkodzeniem mózgu; w rozumieniu niniejszych Warunków ubezpieczenia za śpiączkę nie jest uważana śpiączka farmakologiczna;
27. **Świadczenie jednorazowe** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na złamaniu kości u Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
28. **Trwały Uszczerbek na zdrowiu** – spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym trwale, nie rokujące poprawy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia potwierdzone w dokumentacji medycznej, zgodnie z Tabelą nr 2 określoną w par. 7;
29. **Ubezpieczający** – Korzystający lub Pożyczkobiorca, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków komunikacyjnych – Bezpieczny Kierowca;
30. **Ubezpieczony** – Ubezpieczający - jeżeli prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą; w przypadku pozostałych Ubezpieczających - Kierowca pojazdu wymienionego w Umowie ubezpieczenia będący osobą fizyczną, a także wspólnicy lub akcjonariusze spółek handlowych będący osobami fizycznymi, pod warunkiem złożenia oświadczenia zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz na wysokość sumy ubezpieczenia;
31. **Ubezpieczyciel** – Financial Insurance Company Limited, część AXA, z siedzibą w Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, London W4 5HR, Wielka Brytania działająca w ramach swobody świadczenia usług w Unii Europejskiej na podstawie notyfikacji Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 18 lutego 2005 r.;



32. **Ubezpieczyciel pierwotny** – zakład ubezpieczeń, z którym została zawarta Umowa ubezpieczenia AC;
33. **Umowa leasingu** – umowa leasingu zawarta pomiędzy Alior Leasing Sp. z o. o., a Korzystającym, której przedmiotem jest Pojazd;
34. **Umowa pożyczki** – umowa pożyczki zawarta pomiędzy Alior Leasing Sp. z o. o. a Pożyczkobiorcą, której zabezpieczenie stanowi Pojazd;
35. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia "Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków – Bezpieczny Kierowca", zawarta pomiędzy Ubezpieczającym i Ubezpieczycielem, na mocy której udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonemu, potwierdzona Polisą wystawioną przez Agenta w imieniu Ubezpieczyciela;
36. **Umowa ubezpieczenia AC** – dobrowolna umowa ubezpieczenia komunikacyjnego obejmująca ryzyko szkody całkowitej i kradzieżowej w pojeździe (dalej także „umowa ubezpieczenia AC”);
37. **Uposażony do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego** – Uposażony wskazany przez Ubezpieczonego we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia;
38. **Uprawniony** – Ubezpieczony;
39. **Uszkodzenie ciała** - uszkodzenie organu lub narządu spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym;
40. **Używanie pojazdu** - poruszanie się pojazdem po drogach publicznych, od momentu wsiadania do wysiadania z uwzględnieniem chwilowego zatrzymania pojazdu na trasie jazdy, czynności kierowcy pojazdu mające na celu jego bieżącą obsługę, dokonywane w bezpośredniej bliskości pojazdu, do których zalicza się: tankowanie paliwa na stacji benzynowej, załadowywanie i wyładowywanie pojazdu, mycie i czyszczenie pojazdu oraz otwieranie i zamykanie drzwi lub bramy garażu, drobne naprawy: jak wymiana koła;
41. **Wartość początkowa Pojazdu** - wartość Pojazdu określona przez Ubezpieczyciela pierwotnego w umowie ubezpieczenia AC;
42. **Wniosek o zawarcie Umowy** – wniosek Korzystającego lub Pożyczkobiorcy o zawarcie z Ubezpieczycielem Umowy Ubezpieczenia, oraz zawarte w tym samym dokumencie oświadczenie Ubezpieczyciela o potwierdzeniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia na określonych w nim warunkach;
43. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – odpowiednio: zgon Ubezpieczonego, jego Hospitalizacja, doznany przez Ubezpieczonego Trwały uszczerbek na zdrowiu oraz Złamanie kości przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
44. **Złamanie kości** – złamanie kości głównej lub mniejszej w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2.

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa Nieszczęśliwych wypadków komunikacyjnych dotyczące Ubezpieczonego będące przyczyną: Śmierci, Trwałego uszczerbku na zdrowiu, Hospitalizacji lub Złamania kości powstałe w związku Używaniem i Ruchem pojazdu lub pojazdów wskazanych w Umowie ubezpieczenia przez Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczony naprawiający Pojazd wymieniony w Umowie ubezpieczenia objęty jest ochroną ubezpieczeniową tylko w przypadku dokonywania napraw na trasie jazdy, mających na celu dojechanie do najbliższego warsztatu lub stacji serwisowej albo kontynuowania jazdy.
4. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następstwa Nieszczęśliwych wypadków komunikacyjnych powstałych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w § 10.



WARUNKI UDZIELANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 3.

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna – kierowca Pojazdu wskazanego w Umowie Ubezpieczenia, która spełnia poniższe kryteria:
 - 1) ukończyła 18 rok życia oraz nie ukończyła 64 roku życia;
 - 2) została wskazana jako Ubezpieczony przez Ubezpieczającego;
 - 3) spełnia jedno z poniższych kryteriów:
 - a) jest zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
 - b) jest Ubezpieczającym prowadzącym jednoosobową działalność gospodarczą lub
 - c) jest współnikiem lub akcjonariuszem spółki handlowej będącym osobą fizyczną.
2. Jeden Ubezpieczony w tym samym czasie może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednej Umowy ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4.

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku złożonego przez Ubezpieczającego w dniu podpisania Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia oraz akceptacji tego wniosku przez Ubezpieczyciela. Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia i stanowi potwierdzenie jej zawarcia.
2. Podpisując Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający dokonuje wyboru wariantu ubezpieczenia zgodnie z Tabelą 1.
3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres ubezpieczenia wskazany we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, maksymalnie na łączny okres 59 miesięcy.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 5.

1. Okres ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego trwa 12, 24 lub 36 miesięcy i rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony zaś kończy w dniu wskazanym we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia. W przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia na 12 miesięcy, Okres ubezpieczenia może zostać przedłużony na kolejne 12-miesięczne okresy pod warunkiem, że Umowa leasingu lub Umowa Pożyczki pozostaje w mocy w dniu przedłużenia Okresu ubezpieczenia, oraz pod warunkiem opłacenia składki za kolejny okres ubezpieczenia.
2. Łączny okres ubezpieczenia nie może trwać dłużej niż 59 miesięcy.
3. Okres ubezpieczenia kończy się, a Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z chwilą zaistnienia któregośkolwiek z następujących zdarzeń:
 - 1) z chwilą wyczerpania Sumy Ubezpieczenia,
 - 2) z dniem zaprzestania spełniania przez Ubezpieczonego kryterium wskazanego w §3 ust. 1 pkt 3) Warunków Ubezpieczenia,
 - 3) w dniu rozwiązania Umowy leasingu lub Umowy pożyczki, z wyłączeniem postanowień pkt. 4) powyżej;
 - 4) z dniem zbycia Pojazdu wskazanego w Umowie ubezpieczenia, chyba że zbycie nastąpiło na rzecz Korzystającego,
 - 5) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia,
 - 6) z upływem okresu ubezpieczenia wskazanego we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku wcześniejszego zakończenia Okresu ubezpieczenia zgodnie z ust. 3 pkt. 2-5) powyżej, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia.



5. Ubezpieczający będący przedsiębiorcą może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia, a nie będący przedsiębiorcą – w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie wiąże się z żadnymi kosztami dla Ubezpieczającego.
6. Ubezpieczający może w każdym czasie zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym złożono wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 6.

1. Do zapłaty składki ubezpieczeniowej zobowiązany jest Ubezpieczający.
2. Składka ubezpieczeniowa z tytułu Umowy ubezpieczenia jest płatna przez Ubezpieczającego jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest jako iloczyn:
 - 1) Wartości początkowej Pojazdu,
 - 2) liczby miesięcy Okresu ubezpieczenia,
 - 3) stopy składki obowiązującej w dniu podpisania przez Ubezpieczającego Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, określonej w Umowie ubezpieczenia.
4. Składka ubezpieczeniowa jest płatna w złotych.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki w terminie ustalonym we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, wówczas Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się.

WARIANTY UBEZPIECZENIA, SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

§ 7.

1. Ubezpieczający ustala wariant ubezpieczenia, poprzez dokonanie we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia wyboru jednego z trzech wariantów ubezpieczenia, o których mowa w Tabeli 1.
2. Suma ubezpieczenia, rozumiana jako górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego wynosi 600 000 (sześćset tysięcy) złotych.
3. Świadczenie wypłacane jest w złotych.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia dla poszczególnych wariantów ubezpieczeniowych podano w Tabeli 1:

Tabela 1.

	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	50% Wartości początkowej pojazdu, maksymalnie 250 000 złotych	100% Wartości początkowej pojazdu, maksymalnie 500 000 PLN złotych	150% Wartości początkowej pojazdu, maksymalnie 600 000 złotych
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, z zastrzeżeniem ustępu 5 poniżej	50% Wartości początkowej pojazdu, maksymalnie 250 000 złotych	100% Wartości początkowej pojazdu, maksymalnie 500 000 złotych	150% Wartości początkowej pojazdu, maksymalnie 600 000 złotych



Hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	Świadczenie dzienne 80 złotych, maksymalnie 4 800 złotych	Świadczenie dzienne 180 złotych, maksymalnie 10 800 złotych	Świadczenie dzienne 280 złotych, maksymalnie 16 800 złotych
Złamanie kości wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, z zastrzeżeniem ustępu 5 poniżej	Świadczenia jednorazowe: Złamanie Kości głównych 4000 złotych, Złamanie Kości mniejszych 1000 złotych		

5. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu wysokość Świadczenia stanowi iloczyn Sumy ubezpieczenia, zgodnie z zawartym wariantem ubezpieczenia określonym w Tabeli 1, oraz % uszczerbku na zdrowiu wskazany w Tabeli 2, z zastrzeżeniem, że w przypadku 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu - Ubezpieczyciel wypłaci pełną Sumę ubezpieczenia określoną w Umowie ubezpieczenia.

Tabela 2.

Poz.	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	% sumy ubezpieczenia
1.	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie barku lub ramienia	80%
2.	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie łokcia lub przedramienia	60%
3.	Całkowita utrata ręki	50%
4.	Całkowita utrata palców II, III, IV, V ręki	8% - za każdy palec
5.	Całkowita utrata kciuka	22%
6.	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie stawu biodrowego lub kości udowej	75%
7.	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie stawu kolanowego, podudzia lub stawów skokowych	60%
8.	Całkowita utrata stopy	40%
9.	Całkowita utrata palców stopy II, III, IV, V	3% - za każdy palec
10.	Całkowita utrata palucha	15%
11.	Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50%
12.	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
13.	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30%
14.	Całkowita utrata słuchu w obu uszach	50%
15.	Całkowita utrata małżowiny usznej	15%
16.	Całkowita utrata nosa	20%
17.	Całkowita utrata zębów stałych	2% za każdy utracony ząb stały - w przypadku utraty do 9 zębów stałych; maksymalnie 20% za wszystkie utracone zęby stałe - w przypadku utraty powyżej 9 zębów stałych
19.	Całkowita utrata jednej nerki	35%
20.	Całkowita utrata obu nerek	75%
21.	Całkowita utrata mowy	100%



22.	Porażenie lub niedowład co najmniej dwóch kończyn poniżej 3 stopnia w skali Lovette'a	100%
23.	Śpiączka trwająca dłużej niż 30 dni	100%

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 8.

1. Wszelkie dokumenty związane ze zgłaszaniem roszczenia powinny być przekazywane do Ubezpieczyciela na adres Administratora wskazany w § 12.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel działając przez Administratora informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z roszczeniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Wszelkie informacje, formularze związane z ubezpieczeniem są dostępne w siedzibie Agenta oraz Administratora.
4. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia, należy złożyć wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia, oraz następujące dokumenty:

A. ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

- 1) zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub kartę zgonu zawierającą określenie przez lekarza przyczyny zgonu,
- 2) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
- 3) kopię notatki policyjnej opisującej okoliczności Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego lub inny dokument wydany przez organ uprawniony do ustalenia okoliczności zdarzenia (policja, prokuratura, inne służby interwencyjne), opisujący te okoliczności,
- 4) kopię Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia,
- 5) kopię dokumentu uprawniającego Ubezpieczonego do kierowania Pojazdem wskazanym we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia (prawo jazdy),
- 6) kopię dokumentu zaświadczającego zatrudnienie przez Ubezpieczającego poszkodowanego Ubezpieczonego w dniu nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, w przypadku działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczającego – kopię wyciągu z rejestru przedsiębiorców (CEIDG lub KRS),
- 7) kopię dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, który był przyczyną zgonu Ubezpieczonego.

B. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU

- 1) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej doznanie przez Ubezpieczonego Uszczerbku na zdrowiu określonego w Tabeli 2na skutek zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji, o ile miały miejsce,
- 2) kopię notatki policyjnej opisującej okoliczności Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego lub inny dokument wydany przez organ uprawniony do ustalenia okoliczności zdarzenia (policja, prokuratura, inne służby interwencyjne), opisujący te okoliczności,
- 3) kopię Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia,



- 4) kopię dokumentu uprawniającego Ubezpieczonego do kierowania Pojazdem wskazanym we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia (prawo jazdy),
- 5) kopię dokumentu zaświadczającego zatrudnienie przez Ubezpieczającego poszkodowanego Ubezpieczonego w dniu Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, w przypadku działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczającego – kopię wyciągu z rejestru przedsiębiorców (CEIDG lub KRS).

C. HOSPITALIZACJA

- 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inne zaświadczenie ze Szpitala zawierające informacje o Hospitalizacji Ubezpieczonego, a w szczególności o przyczynie i okresie Hospitalizacji oraz kopię dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji nieszczęśliwego wypadku, który był przyczyną hospitalizacji Ubezpieczonego.
- 2) kopię notatki policyjnej opisującej okoliczności Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego lub inny dokument wydany przez organ uprawniony do ustalenia okoliczności zdarzenia (policja, prokuratura, inne służby interwencyjne), opisujący te okoliczności,
- 3) kopię Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia,
- 4) kopię dokumentu uprawniającego Ubezpieczonego do kierowania Pojazdem wskazanym we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia (prawo jazdy),
- 5) kopię dokumentu zaświadczającego zatrudnienie przez Ubezpieczającego w dniu Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego poszkodowanego Ubezpieczonego, w przypadku działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczającego – kopię wyciągu z rejestru przedsiębiorców (CEIDG lub KRS).

D. ZŁAMANIE KOŚCI

- 1) dokumentację medyczną zawierającą informację dotyczącą Złamania kości w tym wynik badania RTG lub innych badań obrazowych poświadczających Złamanie kości przez Ubezpieczonego wraz z ich opisem, o ile opis tych badań znajduje się w posiadaniu Ubezpieczonego,
- 2) kopię notatki policyjnej opisującej okoliczności Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego lub inny dokument wydany przez organ uprawniony do ustalenia okoliczności zdarzenia (policja, prokuratura, inne służby interwencyjne), opisujący te okoliczności,
- 3) kopię Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia,
- 4) kopię dokumentu uprawniającego Ubezpieczonego do kierowania Pojazdem wskazanym we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia (prawo jazdy),
- 5) kopię dokumentu zaświadczającego zatrudnienie przez Ubezpieczającego w dniu Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego poszkodowanego Ubezpieczonego, w przypadku działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczającego – kopię wyciągu z rejestru przedsiębiorców (CEIDG lub KRS).

oraz inne dokumenty, których zażąda Ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia uprawnionego do świadczenia, zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.

5. Ubezpieczyciel może zażądać na piśmie innych dokumentów i informacji, których nie może uzyskać samodzielnie działając na podstawie posiadanych upoważnień lub uprawnień wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, albo które umożliwią samodzielne działanie Ubezpieczycielowi w oparciu o podstawy opisane powyżej, a są niezbędne do ustalenia okoliczności faktycznych zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia. Ubezpieczyciel ma prawo zwrócić się do osoby zgłaszającej roszczenie, Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o złożenie innych dokumentów



- znajdujących się w ich posiadaniu wówczas, gdy może przyczynić się to do przyspieszenia likwidacji roszczenia.
6. Jeżeli mowa jest o kopiach dokumentów, winny być one potwierdzone przez Agenta ubezpieczeniowego za zgodność z oryginałem.
 7. Jeżeli dokumenty sporządzone są w języku obcym powinny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 8. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia, należy złożyć formularz zgłoszenia roszczenia oraz dokumenty wymienione w ustępie 4 niniejszego paragrafu. Formularz zgłoszenia roszczenia można uzyskać u Agenta ubezpieczeniowego, albo dzwoniąc pod numer telefonu, o którym mowa w ustępie 13 poniżej.
 9. Wszelkie koszty związane ze skompletowaniem i doręczeniem wymaganych dokumentów ponosi występujący z roszczeniem.
 10. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dowodów oraz zasięgnięcia opinii lekarzy specjalistów.
 11. Zgodnie z przepisem art. 37 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Ubezpieczyciel może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia. Koszty badań pokrywa Ubezpieczyciel.
 12. Ubezpieczyciel jest zobowiązany udostępnić Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu do świadczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania. Osoba uprawniona do otrzymania informacji ma prawo żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopie dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
 13. W przypadku jakichkolwiek pytań, wątpliwości związanych z procesem zgłoszenia roszczenia Ubezpieczający i Ubezpieczony mogą zasięgnąć informacji u Administratora dzwoniąc pod numer telefonu (0 22) 306 21 72, w dni powszednie, w godzinach 9:00 -17:00 lub drogą elektroniczną na adres e-mail: clp.pl@partners.axa.
 14. Pod warunkiem nabycia prawa do świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie do 30 dni od dnia zgłoszenia roszczenia.
 15. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia nie było możliwe w terminie określonym w ust. 2, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie do 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie do 30 dni od dnia zgłoszenia roszczenia.
 16. Jeżeli w powyższych terminach Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, to pisemnie zawiadamia Ubezpieczającego i Uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia zgłoszonego roszczenia w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
 17. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, to Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie Ubezpieczającego i Uprawnionego, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia - informacja ta będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

USTALANIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 9.

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły i trwały w Okresie ubezpieczenia.



2. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego świadczenie wypłacane jest w przypadku stwierdzenia bezpośredniego związku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego z Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, któremu uległ Ubezpieczony w okresie ubezpieczenia.
3. Trwały uszczerbek na zdrowiu powinien być ustalony, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
4. Jeżeli wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
5. Jeżeli wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), Trwały uszczerbek na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
6. Jeżeli Ubezpieczony zmarł z powodów nie związanych z Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, a Trwały uszczerbek na zdrowiu nie został wcześniej określony, to Trwały uszczerbek na zdrowiu określa zgodnie z wiedzą medyczną Lekarz uprawniony na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego świadczenie wypłacane jest w przypadku stwierdzenia bezpośredniego związku śmierci Ubezpieczonego z Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, któremu uległ Ubezpieczony w okresie ubezpieczenia.
8. Świadczenie w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu jednego roku od daty zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
9. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł wskutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od już wypłaconego, przy czym potrąca się kwotę uprzednio wypłaconą.
10. W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego świadczenie wypłacane jest w przypadku stwierdzenia bezpośredniego związku Hospitalizacji Ubezpieczonego z Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, któremu uległ Ubezpieczony w okresie ubezpieczenia.
11. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji przysługuje pod warunkiem, że pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, będący konsekwencją Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego mającego miejsce w Okresie ubezpieczenia, trwał nieprzerwanie co najmniej trzy dni, w takiej sytuacji świadczenie zostanie wypłacone począwszy od pierwszego dnia Hospitalizacji. Każdy kolejny dzień spędzony przez Ubezpieczonego w Szpitalu, stanowiący kontynuację leczenia szpitalnego związanego z tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym uprawnia Ubezpieczonego do otrzymania kolejnego dziennego świadczenia z tytułu Hospitalizacji.
12. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji zostanie wypłacone po zakończeniu leczenia szpitalnego.
13. Maksymalny okres wypłaty świadczenia dziennego z tytułu Hospitalizacji będącej konsekwencją Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w całym okresie ubezpieczenia wynosi 60 dni.
14. W przypadku Złamania kości przez Ubezpieczonego świadczenie jednorazowe wypłacane jest w przypadku stwierdzenia bezpośredniego związku Złamania kości przez Ubezpieczonego z Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, któremu uległ Ubezpieczony w okresie ubezpieczenia.
15. W przypadku, gdy w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Ubezpieczony doznał Złamania kilku kości, wysokość świadczenia jednorazowego zostanie obliczona w sposób następujący:
 - a) w przypadku złamania kilku Kości mniejszych, zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie jednorazowe,
 - b) w przypadku złamania kilku Kości głównych, zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie jednorazowe,
 - c) w przypadku złamania kilku Kości głównych oraz kilku Kości mniejszych, zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie jednorazowe w wysokości świadczenia przewidzianego dla złamania Kości głównych.



16. Warunkiem wypłaty świadczenia jest zatrudnienie Ubezpieczonego w dniu Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub prowadzenie jednoosobowej działalności gospodarczej lub pozostawanie wspólnikiem lub akcjonariuszem w spółce handlowej oraz posiadanie przez Ubezpieczonego uprawnień do kierowania Pojazdem wskazanym we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia (prawo jazdy).
17. Warunkiem wypłaty świadczenia jest Używanie przez Ubezpieczonego Pojazdu wskazanego we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem, że w przypadku Używania ww. Pojazdu przez więcej niż jednego Ubezpieczonego w trakcie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, świadczenie przysługuje tylko temu Ubezpieczonemu, który w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego był kierowcą Pojazdu wskazanego we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, tj. świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - 1) działań wojennych, w tym wojny domowej (niezależnie od tego czy wojna została wypowiedziana czy też nie), stanu wojennego, rebelii, terroryzmu, sabotażu, rewolucji albo powstania zbrojnego lub prawnie uzasadnionych działań sił zbrojnych, łącznie z bezpośrednimi i długofalowymi skutkami użycia broni masowego rażenia;
 - 2) promieniowania jonizującego lub skażenia radioaktywnego pochodzącym z paliwa jądrowego lub odpadów nuklearnych lub sprzętu nuklearnego, oraz skażenia toksycznego;
 - 3) strajków, zamieszek i rozruchów społecznych.
 - 4) uczestnictwa Ubezpieczonego w charakterze sprawcy w przestępstwach lub wykroczeniach, które zostały potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - 5) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażywania narkotyków lub innych środków odurzających, leków dostępnych wyłącznie na receptę jednak nie przepisanych Ubezpieczonemu przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza lub nieszczęśliwego wypadku, przy czym przez spożycie przez Ubezpieczonego alkoholu rozumie się wprowadzenie przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego stężenie we krwi wynosi powyżej 0,2‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 6) samobójstwa Ubezpieczonego lub usiłowania jego popełnienia przed upływem 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony;
 - 7) nieuzasadnionej odmowy przez Ubezpieczonego skorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub wykwalifikowanego personelu, chyba że zabiegi te miały na celu ratowanie życia lub zdrowia Ubezpieczonego bezpośrednio po wypadku, któremu uległ Ubezpieczony;
 - 8) utraty przytomności spowodowanej przyczyną chorobową;
 - 9) kierowania przez Ubezpieczonego Pojazdem silnikowym, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) samookaleczenia Ubezpieczonego, niezależnie od tego czy dokonanego w stanie poczytalności czy niepoczytalności albo uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia dokonanego przez osobę trzecią na prośbę Ubezpieczonego;
 - 11) wypadku związanego z uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych lub ekstremalnych sportów motorowych oraz czynnym udziałem Ubezpieczonego w zawodach sportowych, wyścigach, rajdach.



REKLAMACJE

§ 11.

1. Postępowanie odnosi się do wszystkich reklamacji i zapytań zgłaszanych przez Ubezpieczającego, zwanych dalej łącznie „zgłoszeniem”, dotyczących działalności Ubezpieczyciela, wynikającej z niniejszych Warunków Ubezpieczenia, zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - 1) w formie pisemnej:
 - a. osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub
 - b. przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela:
AXA
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa,
 - 2) telefonicznie dzwoniąc pod numer telefonu (0 22) 306 21 72, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00.
3. Przesłane zgłoszenia powinny zawierać następujące dane:
 - 1) pełen adres korespondencyjny lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - 2) wskazanie numeru Umowy leasingu, w związku z którą zawarta została Umowa ubezpieczenia,
 - 3) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające zgłoszenie,
 - 4) oczekiwane działania.
4. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
5. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5 Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
7. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres korespondencyjny wskazany w ust. 3 pkt 1).
8. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
9. Dla Umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze Warunki ubezpieczenia właściwym jest prawo polskie.
10. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
11. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z Umową ubezpieczenia.
12. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl/>.
13. Reklamację może złożyć również Klient będący osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamację takiego Klienta w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
14. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji Klienta, o którym mowa w ust. 13, i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel, w informacji przekazywanej Klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;



- 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
15. Niezależnie od postanowień niniejszej procedury Klient może złożyć odwołania od stanowiska Ubezpieczyciela w ramach wewnętrznej procedury. Odwołania takie składa się w sposób wskazany w ust. 2.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12.

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski kierowane do Ubezpieczyciela w związku z Umową ubezpieczenia powinny być składane na adres Administratora:
AXA
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa
Budynek Proximo
2. Powództwo o roszczenia wynikające z realizacji postanowień Umowy Ubezpieczenia oraz niniejszych Warunków Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania albo siedziby Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub Uprawnionego do świadczenia.
3. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia Umowy Ubezpieczenia, a także przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 25 maja 2018 r. i są oznaczone symbolem: Alior Leasing/NNWK_BK/022018.