

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

Rodzaj informacji	Nr zapisu WU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 2-3 § 3 § 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 5 § 6.1, § 6.2, § 6.3 § 7.1, § 7.2, § 7.3 § 8.1, § 8.2, § 8.3 § 9.1, § 9.2, § 9.3 § 10.1, § 10.2, § 10.3 § 11.1, § 11.2, § 11.3

WARUNKI UBEZPIECZENIA „ASSISTANCE MEDYCZNY (ZDRO)”

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia „Assistance Medyczny (ZDRO)” (dalej „WU”) mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia grupowego (dalej „Umowa Ubezpieczenia Assistance Medyczny”), zawartej pomiędzy AWP P&C SA Oddział w Polsce (dalej „Ubezpieczyciel”), a Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej „Ubezpieczający”), na rzecz Ubezpieczonych.
2. Na podstawie WU Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonym ochronę ubezpieczeniową w następujących wariantach:
 - 1) Wariantcie Onkologicznym – obejmującym:
 - a) pakiet świadczeń „Profilaktyka onkologiczna”,
 - b) ubezpieczenie „Świadczenia assistance”,
 - c) ubezpieczenie „Świadczenia medyczne”,
 - d) ubezpieczenie „Powtórna opinia medyczna”;
 - 2) w Wariantcie Onkologiczno-Kardiologicznym obejmującym:
 - a) pakiet świadczeń „Profilaktyka onkologiczna”,
 - b) ubezpieczenie „Świadczenia assistance”,
 - c) ubezpieczenie „Świadczenia medyczne”,
 - d) ubezpieczenie „Powtórna opinia medyczna”,
 - e) ubezpieczenie „Teleopieka kardiologiczna”;
 - 3) w Wariantcie Rozszerzonym obejmującym:
 - a) pakiet świadczeń „Profilaktyka onkologiczna”,
 - b) ubezpieczenie „Świadczenia assistance”,
 - c) ubezpieczenie „Świadczenia medyczne”,
 - d) ubezpieczenie „Powtórna opinia medyczna”,
 - e) ubezpieczenie „Teleopieka kardiologiczna”.
3. Zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego, ochrona ubezpieczeniowa w danym wariantcie może obejmować ubezpieczenie „Świadczenia VIP”.
4. Wariant i zakres udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej wskazany jest w Polisie.
5. Świadczenia ubezpieczeniowe przysługujące Ubezpieczonym na podstawie niniejszych WU są realizowane przez Ubezpieczyciela na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 2. DEFINICJE

1. **Centrum Telemedyczne** – czynne całą dobę centrum obsługujące Ubezpieczonych w zakresie Teleopieki Kardiologicznej, należące do podmiotu leczniczego Świadczeniodawcy.
2. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
3. **Choroba Psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
4. **Częściowa Utrata Dwóch Kończyn** – oznacza całkowite fizyczne odcięcie wszystkich palców obu rąk, obu przedstopy lub wszystkich palców u jednej ręki i jednego przodostopia w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku, potwierdzone w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
5. **Deklaracja Przystąpienia do Assistance Medycznego** – oświadczenie woli przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny złożone przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową, oraz inne złożone przez nią oświadczenia i zgody.
6. **Dziecko** - dziecko Ubezpieczonego, własne lub przysposobione.
7. **Dzień Roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
8. **Katastrofy Naturalne** – trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powódzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne.
9. **Konsultant** – podmiot leczniczy działający poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wyznaczony przez Ubezpieczyciela do współpracy w celu przeprowadzenia Zagranicznej Konsultacji Medycznej, upoważniony do udzielenia Powtórnej Opinii Medycznej.
10. **Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela.
11. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, niebędący członkiem rodziny ani Lekarzem Ubezpieczyciela.
12. **Małżonek** – osoba, pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu *Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego*.
13. **Niepełnoletnie Dziecko** – Dziecko, które nie ukończyło 18 roku życia.
14. **Nieszczęśliwy Wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane Przyczyną Zewnętrzną, które spowodowało obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego.

15. **Okres Ochrony Ubezpieczeniowej** – okres kolejnych 365 dni w jakim Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w WU, liczony od wskazanej w Polisie daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej a następnie każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu.
16. **Osoby Bliskie** – Rodzice, Małżonek, Partner Życiowy, Dzieci.
17. **Osoba Do Opieki** – osoba wyznaczona pisemnie przez Ubezpieczonego do opieki nad jego Niepełnoletnim Dzieckiem i/lub Osobą Niesamodzielną i/lub Zwierzętami Domowymi bądź osoba występująca w imieniu Ubezpieczonego i sprawująca opiekę nad jego Niepełnoletnim Dzieckiem i/lub Osobą Niesamodzielną i/lub Zwierzętami Domowymi.
18. **Osoba Kontaktowa** – osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do kontaktu ze Świadczeniodawcą w imieniu Ubezpieczonego oraz do otrzymania wyników badań Ubezpieczonego, udostępnionych przez Świadczeniodawcę, na zasadach opisanych w niniejszych WU.
19. **Osoba Niesamodzielną** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub Wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki.
20. **Osoba Upoważniona** – osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymywania i przekazywania Ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej Ubezpieczonego na zasadach określonych w ubezpieczeniu „Powtórna Opinia Medyczna”, o którym mowa w § 9 WU.
21. **Paraliż Dwoch Kończyn** - oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę funkcji mięśni w całych dowolnych dwóch kończynach w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku, która została potwierdzona w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
22. **Partner Życiowy** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym i niebędąca w innym związku małżeńskim, pod warunkiem iż sam Ubezpieczony nie pozostaje w innym formalnym związku małżeńskim. Partnerem Życiowym nie może być osoba spokrewniona z Ubezpieczonym.
23. **Placówka Medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
24. **Polisa** – dokument, potwierdzający zawarcie Umowy Dodatkowej oraz objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela (początek Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej), w którym określony jest wariant i zakres udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej oraz podany jest numer telefonu do Ubezpieczyciela.
25. **Poważna Choroba** - zdiagnozowana u Ubezpieczonego Choroba lub przeprowadzony zabieg operacyjny u Ubezpieczonego, których odpowiednio diagnoza lub konieczność przeprowadzenia została potwierdzona przez Lekarza Prowadzącego w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
26. **Poważna Choroba Kardiologiczna** – zdiagnozowana u Ubezpieczonego Choroba układu sercowo-naczyniowego wymieniona na liście, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych WU.
27. **Powtórna Opinia Medyczna** – opinia będąca rezultatem Zagranicznej Konsultacji Medycznej, dostarczona przez Ubezpieczyciela na piśmie lub w formie elektronicznej Ubezpieczonemu lub Osobie Upoważnionej.
28. **Przyczyna Zewnętrzna** – zdarzenie, które było wyłącznym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, polegające na oddziaływaniu na ciało:
 - 1) energii kinetycznej – czynników mechanicznych lub siły grawitacji powodujących obrażenia wskutek urazów, uderzeń;
 - 2) energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia wskutek oparzeń;
 - 3) czynników chemicznych – powodujących obrażenia wskutek oparzeń i zatruczeń;
 - 4) czynników akustycznych – powodujących obrażenia wskutek urazów akustycznych;
29. **Rodzic** - ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu *Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego*.
30. **Sanatorium** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład lecznictwa uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, szpital uzdrowiskowy dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnia uzdrowiskowa, zakłady przyrodolecniczy, szpital i sanatorium w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych), zgodnie z art. 6 *Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych*.
31. **Sila Wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Ubezpieczyciela lub uniemożliwia Ubezpieczonemu zgłoszenie Zdarzenia Ubezpieczeniowego do Ubezpieczyciela.
32. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jewetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
33. **Szpital** – podmiot leczniczy, świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa dotyczących funkcjonowania placówek medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Pojęcie to nie obejmuje domów opieki, hospicjów, zakładów opiekuńczo-leczniczych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, szpitali sanatoryjnych, szpitali rehabilitacyjnych.
34. **Świadczeniodawca** – Telemedycyna Polska SA z siedzibą w Katowicach przy ul. Modelarskiej 12, 40-142 Katowice, podmiot świadczący na zlecenie Ubezpieczyciela usługę Teleopieki Kardiologicznej na rzecz Ubezpieczonego.
35. **Teleopieka Kardiologiczna** – usługa realizowana na odległość za pomocą systemów telemedycznych przez Świadczeniodawcę na

rzecz Ubezpieczonego, zgodnie z zakresem określonym w niniejszych WU.

36. **Transport Medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia w opinii Lekarza Prowadzącego lub dyspozytora pogotowia ratunkowego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia.
37. **Ubezpieczający** – Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie (02-675) przy ul. Wołoskiej 5.
38. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, która na podstawie złożonej Deklaracji Przystąpienia do Assistance Medycznego została zgłoszona do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej przez Ubezpieczającego.
39. **Ubezpieczyciel** – spółka pod firmą AWP P&C SA Oddział w Polsce, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France, z siedzibą przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000189340.
40. **Umowa Dodatkowa** – umowa zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania (OWDU), rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Podstawowej, zawierana na podstawie pisemnego wniosku osoby fizycznej, z którą Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna zawarł Umowę Podstawową.
41. **Umowa Podstawowa** – umowa ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna a osobą fizyczną, na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (OWU), z tytułu której Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna udziela ochrony ubezpieczeniowej i której zakres może zostać rozszerzony na wniosek osoby fizycznej o Umowę Dodatkową.
42. **Umowa Ubezpieczenia Assistance Medycznej** – umowa ubezpieczenia grupowego do której mają zastosowanie niniejsze WU, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych.
43. **Uprawniony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
44. **Wada Wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
45. **Wniosek o zawarcie Umowy Dodatkowej** – formularz zawierający oświadczenie woli zawarcia Umowy Dodatkowej, a także Deklarację Przystąpienia do Assistance Medycznego, złożony przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową, oraz inne złożone przez nią oświadczenia i zgody.
46. **Zagraniczna Konsultacja Medyczna** – analiza dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną, dokonana przez Konsultanta. Analiza ma na celu weryfikację, potwierdzenie lub uzupełnienie diagnozy opisanej w tej dokumentacji. Analiza nie obejmuje bezpośrednich konsultacji ani innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a Konsultantem. Zagraniczna konsultacja medyczna wykonywana jest wyłącznie w przypadku stwierdzenia wystąpienia u Ubezpieczonego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
47. **Zakażenie Wirusem HIV w Czasie Wykonywania Obowiązków Służbowych** - oznacza zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV), gdy do zakażenia doszło w wyniku:
 - 1) urazu w czasie wykonywania codziennych obowiązków zawodowych Ubezpieczonego lub
 - 2) kontaktu Ubezpieczonego z zainfekowaną krwią lub innymi płynami ustrojowymi w ramach wykonywania codziennych obowiązków zawodowychoraz zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
48. **Zakażenie Wirusem HIV Wskutek Transfuzji** - oznacza zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności z powodu transfuzji krwi potwierdzone w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
49. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej i które stosownie do postanowień niniejszych WU oraz obowiązujących przepisów prawa stanowi podstawę wystąpienia do Ubezpieczyciela z roszczeniem o realizację świadczenia:
 - 1) w Wariancie Onkologicznym w zakresie:
 - a) pakietu świadczeń „Profilaktyka onkologiczna” – zalecenie/skierowanie od Lekarza Prowadzącego,
 - b) ubezpieczenia „Świadczenia assistance” - Poważna Choroba: nowotwór złośliwy, rak in situ, łagodny nowotwór mózgu,
 - c) ubezpieczenia „Świadczenia medyczne” - Poważna Choroba: nowotwór złośliwy, rak in situ, łagodny nowotwór mózgu,
 - d) ubezpieczenia „Powtórna opinia medyczna” - Poważna Choroba: nowotwór złośliwy, rak in situ, łagodny nowotwór mózgu,
 - e) ubezpieczenia „Świadczenia VIP” - Poważna Choroba: nowotwór złośliwy, rak in situ, łagodny nowotwór mózgu;
 - 2) w Wariancie Onkologiczno-Kardiologicznym w zakresie:
 - a) pakiet świadczeń „Profilaktyka onkologiczna” – zalecenie/skierowanie od Lekarza Prowadzącego,
 - b) ubezpieczenia „Świadczenia assistance” - Poważna Choroba: nowotwór złośliwy, rak in situ, łagodny nowotwór mózgu, zawał serca, udar, zabieg pomostowania tętnic wieńcowych, operacja zastawki serca,
 - c) ubezpieczenia „Świadczenia medyczne - Poważna Choroba: nowotwór złośliwy, rak in situ, łagodny nowotwór mózgu, zawał serca, udar, zabieg pomostowania tętnic wieńcowych, operacja zastawki serca,
 - d) ubezpieczenia „Powtórna opinia medyczna” - Poważna Choroba: nowotwór złośliwy, rak in situ, łagodny nowotwór mózgu,
 - e) ubezpieczenia „Teleopieka kardiologiczna” – Poważna Choroba Kardiologiczna,
 - f) ubezpieczenia „Świadczenia VIP” - Poważna Choroba: nowotwór złośliwy, rak in situ, łagodny nowotwór mózgu, zawał serca, udar, zabieg pomostowania tętnic wieńcowych, operacja zastawki serca;
 - 3) w Wariancie Rozszerzonym w zakresie:
 - a) pakietu świadczeń „Profilaktyka onkologiczna” – zalecenie/skierowanie od Lekarza Prowadzącego,
 - b) ubezpieczenia „Świadczenia assistance” - Poważna Choroba: nowotwór złośliwy, rak in situ, łagodny nowotwór mózgu, zawał serca, udar, zabieg pomostowania tętnic wieńcowych, operacja zastawki serca, choroba Alzheimera, operacja aorty, anemia aplastyczna, bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, przeszczep szpiku kostnego, kardiomiopatia, przewlekła niewydolność nerek, przewlekła niewydolność wątroby, przewlekła niewydolność oddechu, choroba Leśniowskiego-Crohna, śpiączka, choroba Creutzfeldta-Jakoba, zapalenie mózgu, uszkodzenie mózgu, Zakażenie Wirusem HIV Wskutek Transfuzji, Zakażenie Wirusem HIV w Czasie Wykonywania Obowiązków Służbowych, idiopatyczne nadciśnienie płucne, utrata słuchu, utrata mowy, nefropatia toczniowa, borelioza, choroba neuronu ruchowego, stwardnienie

rozsiane, przeszczep narządów, Paraliż Dwóch Kończyn, choroba Parkinsona, Częściowa Utrata Kończyn, choroba Heinego-Medina, postępująca twardzina układowa, postępujące porażenie nadjądrowe, reumatoidalne zapalenie stawów, poważne oparzenia, zaburzenia widzenia,

- c) ubezpieczenia „Świadczenia medyczne” - Poważna Choroba: nowotwór złośliwy, rak in situ, łagodny nowotwór mózgu, zawał serca, udar, zabieg pomostowania tętnic wieńcowych, operacja zastawki serca, choroba Alzheimerera, operacja aorty, anemia aplastyczna, bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, przeszczep szpiku kostnego, kardiomiopatia, przewlekła niewydolność nerek, przewlekła niewydolność wątroby, przewlekła niewydolność oddechowa, choroba Leśniowskiego-Crohna, śpiączka, choroba Creutzfeldta-Jakoba, zapalenie mózgu, uszkodzenie mózgu, Zakażenie Wirusem HIV Wskutek Transfuzji, Zakażenie Wirusem HIV w Czasie Wykonywania Obowiązków Służbowych, idiopatyczne nadciśnienie płucne, utrata słuchu, utrata mowy, nefropatia toczniowa, borelioza, choroba neuronu ruchowego, stwardnienie rozsiane, przeszczep narządów, Paraliż Dwóch Kończyn, choroba Parkinsona, Częściowa Utrata Dwóch Kończyn, choroba Heinego-Medina, postępująca twardzina układowa, postępujące porażenie nadjądrowe, reumatoidalne zapalenie stawów, poważne oparzenia, zaburzenia widzenia,
- d) ubezpieczenia „Powtórna opinia medyczna” - Poważna Choroba: nowotwór złośliwy, rak in situ, łagodny nowotwór mózgu, zawał serca, udar, zabieg pomostowania tętnic wieńcowych, operacja zastawki serca, choroba Alzheimerera, operacja aorty, anemia aplastyczna, bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, przeszczep szpiku kostnego, kardiomiopatia, przewlekła niewydolność nerek, przewlekła niewydolność wątroby, przewlekła niewydolność oddechowa, choroba Leśniowskiego-Crohna, śpiączka, choroba Creutzfeldta-Jakoba, zapalenie mózgu, uszkodzenie mózgu, Zakażenie Wirusem HIV Wskutek Transfuzji, Zakażenie Wirusem HIV w Czasie Wykonywania Obowiązków Służbowych, idiopatyczne nadciśnienie płucne, utrata słuchu, utrata mowy, nefropatia toczniowa, borelioza, choroba neuronu ruchowego, stwardnienie rozsiane, przeszczep narządów, Paraliż Dwóch Kończyn, choroba Parkinsona, Częściowa Utrata Dwóch Kończyn, choroba Heinego-Medina, postępująca twardzina układowa, postępujące porażenie nadjądrowe, reumatoidalne zapalenie stawów, poważne oparzenia, zaburzenia widzenia,
- e) ubezpieczenia „Teleopieka kardiologiczna” – Poważna Choroba Kardiologiczna,
- f) ubezpieczenia „Świadczenia VIP” - Poważna Choroba: nowotwór złośliwy, rak in situ, łagodny nowotwór mózgu, zawał serca, udar, zabieg pomostowania tętnic wieńcowych, operacja zastawki serca, choroba Alzheimerera, operacja aorty, anemia aplastyczna, bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, przeszczep szpiku kostnego, kardiomiopatia, przewlekła niewydolność nerek, przewlekła niewydolność wątroby, przewlekła niewydolność oddechowa, choroba Leśniowskiego-Crohna, śpiączka, choroba Creutzfeldta-Jakoba, zapalenie mózgu, uszkodzenie mózgu, Zakażenie Wirusem HIV Wskutek Transfuzji, Zakażenie Wirusem HIV w Czasie Wykonywania Obowiązków Służbowych, idiopatyczne nadciśnienie płucne, utrata słuchu, utrata mowy, nefropatia toczniowa, borelioza, choroba neuronu ruchowego, stwardnienie rozsiane, przeszczep narządów, Paraliż Dwóch Kończyn, choroba Parkinsona, Częściowa Utrata Dwóch Kończyn, choroba Heinego-Medina, postępująca twardzina układowa, postępujące porażenie nadjądrowe, reumatoidalne zapalenie stawów, poważne oparzenia, zaburzenia widzenia.

50. **Zestaw Braster** – urządzenie do badań profilaktycznych Braster, materiały eksploatacyjne, materiały szkoleniowe i informacyjne.

51. **Zestaw Teleopieki Kardiologicznej** – aparat EKG, materiały eksploatacyjne, materiały szkoleniowe i informacyjne.

52. **Zwierzęta domowe** – należący do Ubezpieczonego pies lub kot.

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

1. Do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej może przystąpić osoba objęta ochroną z tytułu Umowy Dodatkowej, która złożyła Ubezpieczającemu podpisaną Deklarację Przystąpienia do Assistance Medycznego.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej osoby, o której mowa w ust. 1 powyżej, w trybie uzgodnionym w Umowie Ubezpieczenia Assistance Medycznej, oraz przekazać tej osobie WU przed wypełnieniem przez nią Deklaracji Przystąpienia do Assistance Medycznego.
3. Ubezpieczony ma prawo do wystąpienia z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej w każdym momencie jej trwania, na podstawie złożonego Ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o rezygnacji, zawierającego dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego oraz prośbę o zaniechanie obejmowania ochroną ubezpieczeniową. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji. Ubezpieczonemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany Okres Ochrony Ubezpieczeniowej.
4. Rezygnacja z Umowy Dodatkowej jest równoznaczna z wystąpieniem z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.

§ 4. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się we wskazanym w Polisie dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej oraz ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej (początek Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej). Ochrona ubezpieczeniowa zostaje automatycznie przedłużona na kolejny Okres Ochrony Ubezpieczeniowej, o ile Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie postanowią inaczej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego w ramach Umowy Dodatkowej lub w przypadku zajścia wcześniejszego z wymienionych niżej przypadków:

- 1) z końcem dnia, w którym Ubezpieczony wystąpił z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny, zgodnie z § 3 ust. 3 WU;
- 2) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny;
- 3) z końcem ostatniego dnia okresu, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa – w przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego;
- 4) w dniu rozwiązania Umowy Dodatkowej, na warunkach w niej określonych;
- 5) w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 5. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Koszt składki ubezpieczeniowej finansowany jest przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminie określonym w Umowie Ubezpieczenia Assistance Medyczny.

§ 6. PAKIET ŚWIADCZEŃ „PROFILAKTYKA ONKOLOGICZNA”

§ 6.1 ŚWIADCZENIA

W ramach pakietu Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 6.2 (Tabela nr 1), koszty następujących świadczeń:

- 1) Świadczenie Braster – na podstawie wystawionego w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej pisemnego zalecenie od Lekarza Prowadzącego do używania urządzenia do badań profilaktycznych Braster, obejmujące:
 - a) dostarczenie do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego Zestawu Braster w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych od daty zgłoszenia Zdarzenia Ubezpieczeniowego do Ubezpieczyciela;
 - b) wypożyczenie na okres 365 dni urządzenia do badań profilaktycznych Braster oraz pakiet 12 badań;
 - c) odbiór z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego urządzenia do badań profilaktycznych Braster, stanowiącego element Zestawu Braster, po upływie okresu wypożyczenia;
 oraz dodatkowo w okresie korzystania z urządzenia do badań profilaktycznych Braster w ramach powyższego świadczenia,
- 2) Konsultacja lekarza ginekologa – na wniosek Ubezpieczonego, w wyniku samobadania urządzeniem do badań profilaktycznych Braster;
- 3) Konsultacja lekarza onkologa – na wniosek Ubezpieczonego, w wyniku samobadania urządzeniem do badań profilaktycznych Braster;
- 4) Mammografia – po konsultacji lekarza ginekologa lub konsultacji lekarza onkologa, na podstawie wystawionego w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej pisemnego skierowania;
- 5) USG piersi - po konsultacji lekarza ginekologa lub konsultacji lekarza onkologa, na podstawie wystawionego w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej pisemnego skierowania;
- 6) Konsultacja wyników mammografii/USG piersi z lekarzem ginekologiem – na wniosek Ubezpieczonego;
- 7) Konsultacja wyników mammografii/USD piersi z lekarzem onkologiem – na wniosek Ubezpieczonego.

§ 6.2 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Wskazane poniżej (Tabela nr 1) limity świadczeń stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w 12-miesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 1

Świadczenia	Limity
Świadczenie Braster	maksymalnie 1 świadczenie w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej
Konsultacja lekarza ginekologa	maksymalnie 1 świadczenie w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej
Konsultacja lekarza onkologa	maksymalnie 1 świadczenie w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej
Mammografia	maksymalnie 1 badanie w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej
USG piersi	maksymalnie 1 badanie w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej
Konsultacja wyników mammografii/USG piersi z lekarzem ginekologiem	maksymalnie 1 świadczenie w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej
Konsultacja wyników mammografii/USG piersi z lekarzem onkologiem	maksymalnie 1 świadczenie w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej

§ 6.3 OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia, jeżeli było ono spowodowane:

- 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofą Naturalną;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.
2. Za koszty naprawy urządzenia do badań profilaktycznych Braster uszkodzonego przez Ubezpieczonego odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony.

§ 6.4 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Polisie i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - 4) rodzaj wymaganej pomocy.
2. W celu realizacji świadczeń, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) kopię zalecenia na piśmie od Lekarza Prowadzącego do używania urządzenia do badań profilaktycznych Braster;
 - 2) kopię skierowania od Lekarza Prowadzącego do przeprowadzenia badań.
3. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2 powyżej, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
4. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi do trzech Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 3, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać ze świadczeń medycznych.
5. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 powyżej, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
6. Koszty świadczeń, realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszym paragrafie, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek Medycznych realizujących te świadczenia.

§ 7. UBEZPIECZENIE „ŚWIADCZENIA ASSISTANCE”

§ 7.1 ŚWIADCZENIA

1. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty następujących świadczeń do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 7.2 (Tabela nr 2) :
 - 1) Transport Medyczny do Placówki medycznej;
 - 2) Transport Medyczny pomiędzy Placówkami Medycznymi – jeżeli Ubezpieczony przebywa w Placówce Medycznej, która w opinii Lekarza Prowadzącego nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony został skierowany przez Lekarza Prowadzącego na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej;
 - 3) Transport Medyczny z Placówki Medycznej – do wskazanego miejsca, jeżeli Ubezpieczony wymaga takiego transportu zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego;
 - 4) Wizyta pielęgniarki – w miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów wynagrodzenia pielęgniarki, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie przez Lekarza Prowadzącego zaleceniem taka wizyta jest wymagana;
 - 5) Dostarczenie leków – do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków zaordynowanych przez Lekarza Prowadzącego, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Ubezpieczony wymaga leżenia. Koszty zakupu leków pokrywa Ubezpieczony;
 - 6) Wypożyczenie lub zakup Sprzętu Rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego;
 - 7) Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem Lekarza Prowadzącego, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu. Koszty procesu rehabilitacyjnego to koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej i wizyty w poradni rehabilitacyjnej albo koszty wizyty fizyioterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego;
 - 8) Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi i Niepełnoletnimi Dziećmi – zamieszkującymi wraz z Ubezpieczonym, realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą;
 - 9) Opieka nad Zwierzętami Domowymi - w miejscu pobytu Ubezpieczonego albo transport Zwierząt Domowych do Osoby do Opieki lub do placówki wskazanej przez Ubezpieczonego. Opieka nad Zwierzętami Domowymi jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach obowiązkowych;
 - 10) Pomoc psychologa dla Ubezpieczonego;
 - 11) Dostarczenie gotowych posiłków - do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Ubezpieczony wymaga leżenia. W zakres usługi nie wchodzi dostarczenie posiłków uwzględniających

- specjalistyczną dietę. Koszt zakupu posiłków pokrywa Ubezpieczony;
- 12) Pomoc domowa - w przygotowywaniu posiłków, robieniu zakupów, pomocy w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków, takich jak odkurzanie, mycie podłóg, mycie naczyń. W zakres usługi nie wchodzi mycie okien, odsuwanie mebli;
 - 13) Pomoc psychologa dla Osób bliskich;
 - 14) Zwrot kosztów zakupu peruk i protez – na podstawie dostarczonych do Ubezpieczyciela dowodów ich zakupu;
 - 15) Infolinia medyczna – telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:
 - a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
 - b) diet, metod zdrowego żywienia,
 - c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
 - d) danych teledoresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - e) danych teledoresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - f) danych teledoresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - g) danych teledoresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - h) danych teledoresowych aptek czynnych przez całą dobę.

§ 7.2 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Wskazane poniżej limity świadczeń (Tabela nr 2) stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Tabela nr 2

Świadczenia	Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Transport Medyczny do Placówki medycznej	1 500 zł
Transport Medyczny pomiędzy Placówkami Medycznymi	1 500 zł
Transport Medyczny z Placówki Medycznej	1 500 zł
Wizyta pielęgniarki	1 500 zł
Dostarczenie leków	400 zł
Wypożyczenie lub zakup Sprzętu Rehabilitacyjnego	2 000 zł
Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	1 500 zł
Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi i Niepełnoletnimi Dziećmi	1 500 zł
Opieka nad Zwierzętami Domowymi	800 zł
Pomoc psychologa dla Ubezpieczonego	1 500 zł
Dostarczenie posiłków	400 zł
Pomoc domowa	800 zł
Pomoc psychologa dla Osób bliskich	1 500 zł
Zwrot kosztów zakupu peruk i protez	1 500 zł
Infolinia medyczna	bez limitu

§ 7.3 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 3) umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
 - 4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - 5) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 7) Wad Wrodzonych;

- 8) zakażenia wirusem HIV, w okolicznościach innych niż wskazane w WU;
 - 9) nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego;
 - 10) Katastrof Naturalnych;
 - 11) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 12) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 13) Choroby Psychiczej.
2. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Poważnej choroby, jeżeli postępowanie diagnostyczne w jej kierunku zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia, jeżeli było ono spowodowane:
 - 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 7.4 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony, lub inna osoba działająca w imieniu Ubezpieczonego powinna niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego i przed podjęciem działań we własnym zakresie skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Polisie i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub inną osobą zgłaszającą zdarzenie;
 - 4) adres korespondencyjny.
2. Ubezpieczony, lub osoba zgłaszająca zdarzenie Ubezpieczycielowi powinni dokładnie opisać dyżurującemu pracownikowi Ubezpieczyciela okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje, i powiadomić, jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić Lekarzowi Ubezpieczyciela dostęp do wszystkich informacji medycznych.
3. W celu realizacji świadczeń, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) kopie posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego - diagnozę medyczną,
 - 2) kopię zalecenia/skierowania od Lekarza Prowadzącego w celu realizacji świadczeń, o których mowa w § 7.1 ust. 1 pkt 2-7, 11.
4. W przypadku braku zgłoszenia Zdarzenia Ubezpieczeniowego roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego, pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. kserokopii diagnozy lekarskiej, dokumentów stwierdzających przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz kopii rachunków i dowodów ich zapłaty.
5. W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku zorganizowania usług we własnym zakresie.

§ 8. UBEZPIECZENIE „ŚWIADCZENIA MEDYCZNE”

§ 8.1 ŚWIADCZENIA

1. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel - na podstawie pisemnego skierowania Lekarza Prowadzącego na ich wykonanie i po konsultacji z Lekarzem Ubezpieczyciela - zapewnia organizację i pokrywa koszty świadczeń medycznych w zakresie i do limitów wskazanych w ust. 2 (Tabela nr 3).
2. Tabela nr 3

Świadczenia medyczne		Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Konsultacje lekarskie	1. Chirurg	Świadczenia medyczne do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
	2. Okulista	
	3. Otolaryngolog	
	4. Ortopeda	
	5. Ginekolog	
	6. Urolog	
	7. Pulmonolog	
	8. Lekarz rehabilitacji	
	9. Onkolog	
	10. Endokrynolog	
	11. Hepatolog	
		Maksymalnie 10 świadczeń medycznych

	12. Hematolog		
	13. Nefrolog		
	14. Dermatolog		
Rehabilitacja	15. <ul style="list-style-type: none"> • Ćwiczenia wytrzymałościowe, cykloergometr, bieżnia, stepper, • Ćwiczenia ogólnousprawniające, • Trening oporowy, • Fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa 	maksymalnie 1 świadczenie (do 20 zabiegów stanowiących łącznie 1 świadczenie))	

§ 8.2 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ustalony limity ilościowe świadczeń medycznych stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe.
2. Ubezpieczyciel spełnia świadczenia medyczne do wysokości limitów określonych w § 8.1 ust. 2 (Tabela nr 3), z uwzględnieniem maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania.
3. Maksymalna liczba świadczeń medycznych, o której mowa w ust. 2 oznacza, że z 15 dostępnych świadczeń medycznych (konsultacje lekarskie i rehabilitacja), Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 10 świadczeń medycznych możliwych do wykorzystania na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe, przy czym w ramach rehabilitacji Ubezpieczonemu przysługuje do 20 zabiegów stanowiących łącznie 1 świadczenie.
4. Realizacja któregośkolwiek ze świadczeń medycznych pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń medycznych do wykorzystania, z uwzględnieniem postanowień ust. 5.
5. W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, w ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego rodzaju świadczenia medycznego, z wyłączeniem świadczenia rehabilitacja, które może być wykorzystane tylko 1 raz w odniesieniu do 1 Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

§ 8.3 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 3) umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
 - 4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - 5) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 7) Wad Wrodzonych;
 - 8) zakażenia wirusem HIV, w okolicznościach innych niż wskazane w WU;
 - 9) nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego;
 - 10) Katastrof Naturalnych;
 - 11) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 12) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 13) Choroby Psychiczej.
2. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Poważnej choroby, jeżeli postępowanie diagnostyczne w jej kierunku zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia, jeżeli było ono spowodowane:
 - 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 8.4 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Polisie i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;

- 4) rodzaj wymaganej pomocy.
2. W celu realizacji świadczeń medycznych, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego - diagnozę medyczną;
 - 2) kopię skierowania Lekarza Prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji lekarskich lub rehabilitacji.
3. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2 powyżej, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
4. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi do trzech Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 3, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać ze świadczeń medycznych.
5. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 3 powyżej, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
6. Koszty świadczeń medycznych, realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszym paragrafie, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek Medycznych realizujących te świadczenia.

§ 9. UBEZPIECZENIE „POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA”

§ 9.1 ŚWIADCZENIE

1. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Zagranicznej Konsultacji Medycznej obejmującej:
 - 1) udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej;
 - 2) tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
 - 3) przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
 - 4) wydanie Powtórnej Opinii Medycznej przez Konsultanta;
 - 5) tłumaczenie na język polski Powtórnej Opinii Medycznej wydanej przez Konsultanta;
 - 6) udostępnienie Powtórnej Opinii Medycznej Ubezpieczonemu.

§ 9.2 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie z jednej Zagranicznej Konsultacji Medycznej w odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

§ 9.3 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 3) umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
 - 4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - 5) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 7) Wad Wrodzonych;
 - 8) zakażenia wirusem HIV, w okolicznościach innych niż wskazane w WU;
 - 9) nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego;
 - 10) Katastrof Naturalnych;
 - 11) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 12) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 13) Choroby Psychiczej.
2. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Poważnej choroby, jeżeli postępowanie diagnostyczne w jej kierunku zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia, jeżeli było ono spowodowane:
 - 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami

- promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, które spełnia kryteria więcej niż jednej Poważnej Choroby, zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela ogranicza się wyłącznie do jednej Poważnej Choroby.
 5. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za treść Powtórnej Opinii Medycznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z Powtórnej Opinii Medycznej.

§ 9.4 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

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

§ 10. UBEZPIECZENIE „TELEOPIEKA KARDIOLOGICZNA”

§ 10.1 ŚWIADCZENIE

1. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel zapewnia świadczenie, które obejmuje:
 - 1) organizację i pokrycie przez Ubezpieczyciela kosztów:
 - a) dostarczenia Ubezpieczonemu Zestawu Teleopieki Kardiologicznej w terminie maksymalnie 3 Dni Roboczych od daty zgłoszenia Zdarzenia Ubezpieczeniowego do Ubezpieczyciela,
 - b) telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG oraz korzystania z Teleopieki Kardiologicznej, przeprowadzonego przez Świadczeniodawcę,
 - c) Teleopieki Kardiologicznej,
 - d) odbioru przez Świadczeniodawcę aparatu EKG, stanowiącego element zestawu Teleopieki Kardiologicznej, z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, po upływie 270 dni od daty dostarczenia Zestawu Teleopieki Kardiologicznej;
 - 2) zapewnienie Ubezpieczonemu przez okres 270 dni, począwszy od godziny 00.00 dnia następnego po dniu dostarczenia Ubezpieczonemu za pośrednictwem Świadczeniodawcy zestawu Teleopieki Kardiologicznej, dostępu do Centrum Telemedycznego świadczącego następujące usługi:
 - a) przyjmowanie i rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG,
 - b) analiza przesłanych badań przez personel Centrum Telemedycznego,
 - c) stały kontakt telefoniczny z personelem Centrum Telemedycznego,

- d) dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem Centrum Telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG,
 - e) archiwizacja wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatecznego wpisu,
 - f) udostępnienie drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila wyników badań Ubezpieczonego Osobie Kontaktowej lub Lekarzowi Prowadzącemu,
 - g) wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego Świadczeniodawcy potrzeby pomocy medycznej, a także poinformowanie o tym fakcie Osób Kontaktowych w przypadku wyrażenia takiej woli przez Ubezpieczonego,
 - h) przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania Ubezpieczonego oraz wskazówek dojazdu do miejsca pobytu.
2. Warunkiem telefonicznego kontaktu Ubezpieczonego z personelem Centrum Telemedycznego jest posiadanie przez Ubezpieczonego telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer został podany w trakcie kontaktu z Ubezpieczycielem.
 3. Warunkiem udostępnienia wyników badań Ubezpieczonego Osobie Kontaktowej lub Lekarzowi Prowadzącemu Ubezpieczonego jest pisemna zgoda Ubezpieczonego przekazana Ubezpieczycielowi.
 4. Usługi wymienione w ust. 1 pkt 2) powyżej są świadczone bez limitu ilościowego w okresie 270 dni, na jaki Ubezpieczonemu został wypożyczony zestaw Teleopieki Kardiologicznej.

§ 10.2 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie Teleopieki kardiologicznej przysługuje Ubezpieczonemu na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe.
2. W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, okres, w jakim przysługuje prawo do Teleopieki Kardiologicznej, ulega przedłużeniu o kolejne 270 dni, licząc od daty zaistnienia kolejnego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

§ 10.3 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 3) umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
 - 4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - 5) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 7) Wad Wrodzonych;
 - 8) zakażenia wirusem HIV;
 - 9) nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego;
 - 10) Katastrof Naturalnych;
 - 11) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 12) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 13) Choroby Psychiczej.
2. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Poważnej Choroby Kardiologicznej, jeżeli postępowanie diagnostyczne w jej kierunku zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia, jeżeli było ono spowodowane:
 - 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.
4. Ubezpieczyciel nie odpowiada za ewentualne szkody powstałe na skutek interwencji pogotowia ratunkowego (wyważenie drzwi, wybicie szyb w oknie).
5. Ochroną Ubezpieczyciela nie są objęte koszty połączeń z Centrum Telemedycznym;
6. W przypadku gdy udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem że niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej pisemnej zgody.
7. Za koszty naprawy zestawu Teleopieki Kardiologicznej uszkodzonego przez Ubezpieczonego odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony.

§ 10.4 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

- W celu skorzystania ze Świadczenia Teleopieka Kardiologiczna Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego: diagnozę medyczną;
 - własnoręcznie podpisane przez Ubezpieczonego oświadczenie zawierające imię i nazwisko, datę urodzenia Ubezpieczonego, telefon do Osoby Kontaktowej lub Lekarza Prowadzącego, mające na celu umożliwienie kontaktu z ww. osobami, zgodnie z zakresem WU, oraz upoważnienie do odbioru wyników badań.
- Po potwierdzeniu uprawnień Ubezpieczonego do Świadczenia Teleopieka Kardiologiczna, na podstawie postanowień ust. 1 powyżej, Ubezpieczyciel kontaktuje się ze Świadczeniodawcą w celu przekazania danych Ubezpieczonego oraz z Ubezpieczonym w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji Świadczenia Teleopieka Kardiologiczna.
- Świadczeniodawca kontaktuje się z Ubezpieczycielem w celu poinformowania o dacie dostarczenia Ubezpieczonemu Zestawu Teleopieki Kardiologicznej.
- W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 1 powyżej, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
- W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację Świadczenia Teleopieka Kardiologiczna wynosi do trzech Dni Roboczych, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
- W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych liczonych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 1 powyżej, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
- Koszty Teleopieki Kardiologicznej, realizowanej zgodnie z opisem zawartym w niniejszym rozdziale, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek Medycznych realizujących te świadczenia.

§ 11. UBEZPIECZENIE „ŚWIADCZENIA VIP”

§ 11.1 ŚWIADCZENIA

- W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel - na podstawie pisemnego skierowania Lekarza Prowadzącego i po konsultacji z Lekarzem Ubezpieczyciela - zapewnia organizację i pokrywa koszty świadczeń medycznych i świadczenia sanatoryjnego w zakresie i do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w ust. 2 (Tabela nr 4) i ust. 3 (Tabela nr 5).
- Tabela nr 4

Świadczenia medyczne		Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
diagnostyka laboratoryjna	Lista badań laboratoryjnych: mocz – badanie ogólne, OB, morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik, TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, wapń całkowity, fosfor nieorganiczny, magnez, CRP ilościowo, HBs przeciwciała, HCV przeciwciała, IgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21-1;	1 świadczenie (niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań z listy badań laboratoryjnych, wskazanych na jednym skierowaniu od Lekarza Prowadzącego)
badania specjalistyczne	biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym)	1 świadczenie
	RTG	1 świadczenie
	USG	1 świadczenie
	rezonans magnetyczny (MRI) tomografia komputerowa (CT)	1 świadczenie 1 świadczenie

- Tabela nr 5

Świadczenie sanatoryjne		Limit na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
Pobyty w Sanatorium	zakwaterowanie, wyżywienie, zabiegi	10 000 zł

§ 11.2 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Wskazane w § 11.1 ust. 2 (Tabela nr 4) limity stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe.

2. Wskazany w § 11.1 ust. 3 (Tabela nr 5) limit stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na 1 Zdarzenie Ubezpieczeniowe.

§ 11.3 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 3) umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
 - 4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - 5) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 7) Wad Wrodzonych;
 - 8) zakażenia wirusem HIV, w okolicznościach innych niż wskazane w WU;
 - 9) nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego;
 - 10) Katastrof Naturalnych;
 - 11) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 12) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 13) Choroby Psychiczej.
2. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Poważnej choroby, jeżeli postępowanie diagnostyczne w jej kierunku zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej (ZDRO)
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia, jeżeli było ono spowodowane:
 - 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 11.4 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Polisie i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - 4) rodzaj wymaganej pomocy.
2. W celu realizacji świadczeń medycznych, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego: diagnozę medyczną;
 - 2) kopię skierowania od Lekarza Prowadzącego do przeprowadzenia badań.
3. W celu realizacji świadczenia sanatoryjnego Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego: diagnozę medyczną;
 - 2) pisemne zalecenie od Lekarza Prowadzącego do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej bądź skierowanie od Lekarza Prowadzącego na takie leczenie lub rehabilitację;
 - 3) pisemne potwierdzenie od Lekarza Prowadzącego o braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej.
4. W przypadku braku wskazania przez Lekarza Prowadzącego proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej, miejsce i rodzaj Sanatorium ustala Lekarz Ubezpieczyciela, w porozumieniu z Ubezpieczonym, w oparciu o informacje medyczne w dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 3 pkt 1 powyżej.
5. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2-3 powyżej, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
6. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - 1) świadczenia medyczne - do trzech Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym chciałby skorzystać ze świadczeń medycznych;
 - 2) świadczenia sanatoryjne - do dziesięciu Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym chciałby skorzystać ze świadczenia

sanatoryjnego.

7. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2-3 powyżej, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
8. Koszty świadczeń medycznych oraz świadczenia sanatoryjnego, realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszym paragrafie, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek Medycznych realizujących te świadczenia.

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

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

§ 13. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycyny, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane w formie pisemnej.
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycyny, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycyny bądź ich spadkobiercy mogą złożyć Ubezpieczycielowi w formie:
 - 1) ustnej – telefonicznie pod numer: (+48 22) 563 11 52 (dostępny w Dni Robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - 2) pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - 3) elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycyny niezwłocznie, nie później niż w terminie trzydziestu dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni. O wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej pocztą. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie Dyrektorowi Oddziału Ubezpieczyciela wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie trzydziestu dni od jej otrzymania. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie trzydziestu dni od jej otrzymania i przesyłana jest pocztą lub zgodnie z ust. 4.
6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycyny, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycyny przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w *Ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku*

finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w *Ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich*. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Biuro Rzecznika Finansowego

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

Infolinia Konsumentka

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

8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi WU mają zastosowanie przepisy *Kodeksu cywilnego, Ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej* oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny.
9. Prawem właściwym dla WU jest prawo polskie.
10. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny bądź ich spadkobiercami jest język polski.
11. Spory wynikające z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny.
14. Niniejsze WU przyjęte zostały uchwałą Ubezpieczyciela nr U/024/2018 z dnia 06 listopada 2018 r. i wchodzi w życie z dniem 06 listopada 2018 r.

Załącznik nr 1 do WU

Lp.	Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
1.	Reumatyczna niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I06.1
2.	Reumatyczne zwężenie lewego ujścia tętniczego z niedomykalnością zastawek	I06.2
3.	Inne wady reumatyczne zastawki tętnicy głównej	I06.8
4.	Zwężenie zastawki trójdzielnej	I07.0
5.	Niedomykalność zastawki trójdzielnej	I07.1
6.	Zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I07.2
7.	Inne wady zastawki trójdzielnej	I07.8
8.	Wady zastawek dwudzielnej i tętnicy głównej	I08.0
9.	Wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej	I08.1
10.	Wady zastawek tętnicy głównej i trójdzielnej	I08.2

11.	Skojarzone wady zastawek dwudzielnej, trójdzielnej i tętnicy głównej	I08.3
12.	Inne wady skojarzone wielu zastawek	I08.8
13.	Reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I09.0
14.	Przewlekłe reumatyczne zapalenie osierdzia	I09.2
15.	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	I10
16.	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	I11.0
17.	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	I11.9
18.	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek	I12
19.	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek	I12.0
20.	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	I12.9
21.	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek	I13
22.	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca	I13.0
23.	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek	I13.1
24.	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	I13.2
25.	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona	I13.9
26.	Dusznicza niestabilna	I20.0
27.	Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	I20.1
28.	Inne postacie dusznicy bolesnej	I20.8
29.	Dusznicza bolesna, nieokreślona	I20.9
30.	Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	I25.0
31.	Choroba serca w przebiegu miażdżycy	I25.1
32.	Stary (przebyty) zawał serca	I25.2
33.	Tętniak serca	I25.3
34.	Tętniak naczyń wieńcowych	I25.4
35.	Kardiomiopatia niedokrwienne	I25.5
36.	"Ciche" (nieme) niedokrwienie serca	I25.6
37.	Inne postacie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	I25.8
38.	Przewlekła choroba niedokrwienne serca, nieokreślona	I25.9
39.	Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym	I26.0
40.	Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym	I26.9
41.	Pierwotne nadciśnienie płucne	I27.0
42.	Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	I27.1
43.	Inne określone zespoły sercowo-płucne	I27.8

44.	Zespół sercowo-płucny, nieokreślony	I27.8
45.	Przetoka tętniczo-żylna naczyń płucnych	I28.0
46.	Tętniak tętnicy płucnej	I28.1
47.	Inne określone choroby naczyń płucnych	I28.8
48.	Choroba naczyń płucnych, nieokreślona	I28.9
49.	Ostre nieokreślone samoistne zapalenie osierdzia	I30.0
50.	Ostre zapalenie osierdzia, nieokreślone	I30.9
51.	Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdzia	I31.0
52.	Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdzia	I31.1
53.	Krwiak osierdzia niesklasyfikowany gdzie indziej	I31.2
54.	Płyn w worku osierdziowym (niezapalny)	I31.3
55.	Inne określone choroby osierdzia	I31.8
56.	Choroba osierdzia, nieokreślona	I31.9
57.	Zapalenie osierdzia w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.0
58.	Zapalenie osierdzia w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.1
59.	Zapalenie osierdzia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.8
60.	Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdzia	I33.0
61.	Ostre zapalenie wsierdzia, nieokreślone	I33.9
62.	Niedomykalność zastawki dwudzielnej	I34.0
63.	Wypadanie płątka(-ów) zastawki dwudzielnej	I34.1
64.	Niereumatyczne zwężenie zastawki dwudzielnej	I34.2
65.	Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej	I34.8
66.	Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej, nieokreślone	I34.9
67.	Zwężenie zastawki tętnicy głównej	I35.0
68.	Niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I35.1
69.	Zwężenie zastawki tętnicy głównej z niedomykalnością	I35.2
70.	Inne zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej	I35.8
71.	Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej, nieokreślone	I35.9
72.	Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej	I36.0
73.	Niereumatyczna niedomykalność zastawki trójdzielnej	I36.1
74.	Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I36.2
75.	Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej	I36.8
76.	Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej, nieokreślone	I36.9

77.	Zwężenie zastawki pnia płucnego	I37.0
78.	Niedomykalność zastawki pnia płucnego	I37.1
79.	Zwężenie zastawki pnia płucnego z niedomykalnością	I37.2
80.	Inne zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego	I37.8
81.	Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego, nieokreślone	I37.9
82.	Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone	I38
83.	Zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.0
84.	Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.1
85.	Zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.2
86.	Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.3
87.	Zaburzenia funkcji wielu zastawek w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.4
88.	Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone, w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.8
89.	Infekcyjne zapalenie mięśnia sercowego	I40.0
90.	Izolowane zapalenie mięśnia sercowego	I40.1
91.	Inne ostre zapalenie mięśnia sercowego	I40.8
92.	Ostre zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone	I40.9
93.	Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.0
94.	Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.1
95.	Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.2
96.	Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.8
97.	Kardiomiopatia rozstrzeniowa	I42.0
98.	Przerostowa kardiomiopatia zawężająca	I42.1
99.	Inne kardiomiopatie przerostowe	I42.2
100.	Choroba wsierdzia (eozynofilowa)	I42.3
101.	Zwłóknienie sprężyste wsierdzia (fibroelastoza wsierdzia)	I42.4
102.	Inne kardiomiopatie zaciskające (restrykcyjne)	I42.5
103.	Kardiomiopatia alkoholowa	I42.6
104.	Kardiomiopatia wywołana przez leki i inne czynniki zewnętrzne	I42.7
105.	Inne kardiomiopatie	I42.8
106.	Kardiomiopatia, nieokreślona	I42.9
107.	Kardiomiopatia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.0
108.	Kardiomiopatia w chorobach metabolicznych	I43.1
109.	Kardiomiopatia w chorobach z niedoborów pokarmowych	I43.2

110.	Kardiomiopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.8
111.	Blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia	I44.0
112.	Blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia	I44.1
113.	Blok przedsionkowo-komorowy zupełny	I44.2
114.	Inne i nieokreślone bloki przedsionkowo-komorowe	I44.3
115.	Blok przedniej gałęzi lewej odnogi	I44.4
116.	Blok tylnej gałęzi lewej odnogi	I44.5
117.	Inny i nieokreślony blok gałęzi	I44.6
118.	Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony	I44.7
119.	Blok prawej odnogi	I45.0
120.	Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa	I45.1
121.	Blok dwugałęziowy	I45.2
122.	Blok trójgałęziowy	I45.3
123.	Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy	I45.4
124.	Inny określony blok serca	I45.5
125.	Zespół preekscytacji	I45.6
126.	Inne określone zaburzenia przewodnictwa	I45.8
127.	Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone	I45.9
128.	Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją	I46.0
129.	Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)	I47.0
130.	Częstoskurcz nadkomorowy	I47.1
131.	Częstoskurcz komorowy	I47.2
132.	Częstoskurcz napadowy, nieokreślony	I47.9
133.	Migotanie i trzepotanie przedsionków	I48
134.	Migotanie i trzepotanie komór	I49.0
135.	Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa	I49.1
136.	Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łącza przedsionkowo-komorowego	I49.2
137.	Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komór	I49.3
138.	Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)	I49.4
139.	Zespół chorej zatoki	I49.5
140.	Inne określone zaburzenia rytmu serca	I49.8
141.	Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone	I49.9
142.	Niewydolność serca zastoinowa	I50.0

143.	Niewydolność serca lewokomorowa	I50.1
144.	Niewydolność serca, nieokreślona	I50.9
145.	Ubytek przegrody serca, nabyty	I51.0
146.	Pęknięcie struny ścięgnistej niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.1
147.	Pęknięcie mięśnia brodawkowatego niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.2
148.	Zakrzep (skrzepina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej	I51.3
149.	Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone	I51.4
150.	Zwyrodnienie mięśnia serca	I51.5
151.	Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone	I51.6
152.	Powiększenie serca	I51.7
153.	Ostre reumatyczne zapalenie wsierdzia	I01.1
154.	Ostre reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I01.2
155.	Inne ostre choroby reumatyczne serca	I01.8

ZASADY OCHRONY PRYWATNOŚCI UBEZPIECZAJĄCYCH I UBEZPIECZONYCH

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

1. Kim jest administrator danych?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych, który odpowiada za ich przechowywanie i

wykorzystanie. *AWP P&C S.A. Oddział w Polsce jest właśnie administratorem* danych.

2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

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

- *Nazwisko, imię (imiona)*
- *PESEL*
- *Adres zameldowania i zamieszkania*
- *Data urodzenia*
- *Płeć*
- *Nr dokumentu tożsamości*
- *Numery telefonów*
- *Adres e-mail*
- *Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym*
- *Numer rejestracyjny pojazdu*
- *Numer VIN pojazdu*

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

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

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

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

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

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

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

Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili stworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych. Przykładowo, im więcej dużych szkód miało miejsce w danym miejscu, które zamierzają Państwo odwiedzić, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa.

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

4. Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?

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

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

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

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

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

5. Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?

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

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

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

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

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

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

7. Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?

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

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

8. Jak długo przechowujemy dane osobowe?

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

W przypadku danych naszych kontrahentów (dane podwykonawców i reprezentantów podwykonawców) będziemy je przetrzymywać co

najmniej przez 5 lat od końca roku, w którym zakończy się nasza współpraca. Okres ten wynika z przepisów prawa m.in. ustawy o rachunkowości.

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

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

9. **Jak można się z nami skontaktować?**

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

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

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

10. **Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?**

Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej dostępna była zawsze ich aktualna wersja www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx, a ponadto o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa **osobiście**. Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce **01.05.2018**.