Pakiet POMOC+

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA (OWU)

Spis treści

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym Pakiet POMOC+ 2
Skorowidz do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Pakiet POMOC+ 5
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Pakiet POMOC+ 6

Viener Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
Adres: ul. Wołoska 22 A ; 02-675 Warszawa; NIP: 524-030-23-93; infolinia: +48 22 469 69 69; e-mail: kontakt@viener.pl; web: www.viener.pl; KRS: Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego - numer KRS 0000033882; kapitał zakładowy: 110 382 876 PLN (opłacony w całości).

Ubezpieczenie kosztów organizacji świadczeń medycznych i leczenia po nieszczęśliwym wypadku oraz telekonsultacji lekarskich

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: ~~Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej Wiener TU S.A.), Polska, zezwolenie Ministra Finansów z 31 stycznia 1990, DMU-006-5-90~~

Produkt: Pakiet POMOC+

Pełne informacje podawane przed zawarciem/ przystąpieniem do umowy ubezpieczenia oraz informacje dotyczące umowy są podane w innych dokumentach.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Produkt obejmuje ubezpieczenia z grupy 1 i 2 działu II załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej i jest przeznaczony dla osób, które zawarły Umowę KAPITALna GRUPA+.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:

1) organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych, związanych z Nieszczęśliwym Wypadkiem,
2) telekonsultacje lekarskie świadczone przez lekarza rodzinnego, internistę lub pediatrę, w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem albo Nagłym Zachorowaniem,
3) telerehabilitacje związane z Nieszczęśliwym Wypadkiem.

✓ Organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług i procedur medycznych dotyczy 15 świadczeń na zdarzenie, wybranych spośród następujących świadczeń:

1) konsultacje lekarzy specjalistów (chirurg; okulista; otolaryngolog; ortopeda; kardiolog; neurolog; pulmonolog; lekarz rehabilitacji; neurochirurg; psycholog),
2) badania i zabiegi: zabiegi ambulatoryjne, badania laboratoryjne, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, badania radiologiczne, badania ultrasonograficzne oraz rehabilitacja;
3) pomoc opiekuńcza: opieka pielęgniarska, sprzęt rehabilitacyjny, transport do placówki medycznej, transport pomiędzy placówkami medycznymi, transport z placówki medycznej, transport na komisję lekarską oraz transport powrotny, transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny, dostarczenie lekarstw oraz pomoc domowa po hospitalizacji;

✓ Świadczenia informacyjne w postaci telefonicznej informacji medycznej i infolinii szpitalnej (które nie wchodzą w limit świadczeń).

✓ W ubezpieczeniu kosztów organizacji świadczeń medycznych i leczenia po nieszczęśliwym wypadku procedury medyczne organizowane i przeprowadzane są wyłącznie w placówkach współpracujących z asystorem występującym jako partner ~~Wiener TU S.A.,~~

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

✗ Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:

1) organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym;
2) pokrycie kosztów leczenia związane z udzieleniem Pierwszej Pomocy Medycznej, bezpośrednio po zdarzeniu;
3) pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

! W zakresie organizacji i pokrycia kosztów medycznych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, ~~Wiener TU S.A.,~~ nie ponosi odpowiedzialności za:

1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru;
2) niezapowiedzianych strajków, niepokojów społecznych, ataków terroru, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w przemieszczaniu się, wprowadzonych przepisami prawa lub decyzjami władz publicznych, mogących uniemożliwić realizację danych świadczeń przez usługodawców ~~Wiener TU S.A.;~~
3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego, Osoby Bliskiej lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca Zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie – z przyczyn nieleżących po stronie ~~Wiener TU S.A.,~~ ani usługodawców ~~Wiener TU S.A.,~~

! W przypadku gdy udzielenie świadczenia określonego w OWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, ~~Wiener TU S.A.,~~ nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia mające związek z niewyrażeniem przez Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej zgody.

! Z odpowiedzialności ~~Wiener TU S.A.,~~ wyłączone są zdarzenia będące następstwem:

1) zdarzeń zaistniałych przed datą rozpoczęcia okresu ubezpieczenia, a zgłoszonych w trakcie jego trwania;
2) zdarzeń zaistniałych z winy umyślnej Ubezpieczonego, albo Osoby Bliskiej lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony albo Osoba Bliska pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, w tym także skutki usiłowania lub dokonania przestępstwa, samobójstwa, samookaleczenia lub świadomego spowodowania rozstroju zdrowia;

3) zdarzeń zaistniałych w rezultacie posiadania lub używania materiałów wybuchowych, petard, środków pirotechnicznych i innych podobnie działających środków;

4) zdarzeń zaistniałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego oraz wyjątkowego, strajków, zamieszek, rozruchów, demonstracji, lokautów oraz sabotażu, aktów terroru;

5) zdarzeń zaistniałych wskutek oddziaływania energii jądrowej, promieni jonizujących, laserowych, maserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, azbestu oraz skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub napromieniowania;

6) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane;

7) prowadzenia przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających lub bez wymaganych uprawnień do prowadzenia tego pojazdu;

8) wykonywania przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską zadań kaskaderskich, uprawiania sportów motorowych, w szczególności związanych z udziałem w zawodach, treningach, jazdach próbnych i testowych;

9) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską sportów lub uprawiania sportów wysokiego ryzyka;

10) udziału Ubezpieczonego albo Osobę Bliską w treningach, zgrupowaniach lub zawodach związanych ze sportami i sztukami walki;

11) zatrucia alkoholem, narkotykami, lekami psychotropowymi lub podobnie działającymi środkami;

12) wszelkich chorób lub stanów chorobowych, nawet tych, które wystąpiły nagle;

13) działania Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne.

! W zakresie telemedycyny, ~~Wiener TU S.A.~~, nie ponosi odpowiedzialności za:

1) skutki leczenia, porady lub diagnozy, które wynikają z telekonsultacji lekarskiej;

2) decyzje podjęte w oparciu o błędne dane i informacje podane przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską w przekazanej dokumentacji lub podczas rozmowy z Centrum Alarmowym;

3) informacje, których udzielił Ubezpieczonemu albo Osobie Bliskiej lekarz na podstawie niekompletnej lub wprowadzającej w błąd dokumentacji klinicznej;

4) skutki tego, że Ubezpieczony albo Osoba Bliska nie zastosował się do porad Lekarza Centrum Alarmowego.

! ~~Wiener TU S.A.~~, nie ponosi odpowiedzialności za sytuacje uniemożliwiające prawidłowe świadczenie usługi, które są wynikiem działania siły wyższej bądź działania albo zaniechania podmiotu, za który ~~Wiener TU S.A.~~, nie ponosi odpowiedzialności.

! ~~Wiener TU S.A.~~ nie ponosi odpowiedzialności za niezrealizowanie usługi w sytuacji, gdy nie powiodły się 3 próby kontaktu z Ubezpieczonym albo Osobą Bliską.

! Telekonsultacja lekarska – jako usługa świadczona na odległość – nie stanowi substytutu dla podstawowej opieki zdrowotnej i nie zastępuje konsultacji lekarskiej lub badania lekarskiego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Telekonsultacja nie powinna stanowić samodzielnej podstawy do podjęcia przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską decyzji o rozpoczęciu lub zaprzestaniu leczenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje w Polsce.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony albo Osoba Bliska zobowiązany jest :

1) zawiadomić ~~Wiener TU S.A.~~ o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, dzwoniąc pod numer wskazany w Indywidualnej,
2) podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

- Składka z tytułu przystąpienia do Umowy Grupowej to kwota, którą należy wpłacać regularnie, przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia, w terminach i wysokości wskazanej w polisie.
- Składka z tytułu przystąpienia do Umowy Grupowej finansowa jest przez Ubezpieczonego, w imieniu którego czynności związane z jej zapłatą dokonuje Ubezpieczający.
- Wysokość składki z tytułu przystąpienia do Umowy Grupowej jest obliczana przez ~~Wiener TU S.A.~~ za czas trwania jego odpowiedzialności z tytułu Umowy Grupowej, na podstawie aktualnie obowiązującej u ~~Wiener TU S.A.~~ taryfy.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- Umowa Grupowa jest zawarta na czas nieokreślony.
- Okres Ubezpieczenia wskazany jest w potwierdzeniu przystąpienia do Umowy Grupowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Grupowej trwa przez okres, przez jaki Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy KAPITALna GRUPA+, jednak nie dłużej, niż do dnia poprzedzającego Rocznicę Polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70. roku życia.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej ustaje w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy KAPITALna GRUPA+ lub:
  1) wraz z upływem ostatniego dnia w okresie wypowiedzenia Umowy Grupowej przez ~~Wiener TU S.A.~~ albo Ubezpieczającego,
  2) wraz z upływem dnia w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy Grupowej,
  3) z chwilą wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy Grupowej,
  4) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

  z upływem dnia wskazanego w wezwaniu do zapłaty zaległej składki z tytułu przystąpienia do Umowy Grupowej.

Jak rozwiązać umowę?

Oświadczenie dotyczące rozwiązania umowy powinno być sporządzone na piśmie i dostarczone ~~Wiener TU S.A.~~ za potwierdzeniem odbioru lub przesłane listem poleconym.

Skorowidz do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia	**Pakiet POMOC+** Grupowe Ubezpieczenie

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia.
Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Poniżej znajdziesz listę ważnych tematów opisanych w OWU i wskazanie, w których paragrafach zapisy te się znajdują.

Rodzaj informacji		Numer jednostki redakcyjnej OWU
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Postanowienia ogólne/Umowa Grupowa	§ 3, § 5, § 6, § 7, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Organizacja i pokrycie kosztów świadczeń medycznych w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem	§ 9, § 10, § 12, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Telemedycyna	§ 13, § 15, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Telerehabilitacja	§ 16, § 17, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności, które uprawniają nas do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Postanowienia ogólne/Umowa Grupowa	§ 3 ust. 4 - 5, § 5, § 6, § 7, § 19 ust. 2, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Organizacja i pokrycie kosztów świadczeń medycznych w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem	§ 9 ust. 2 – 4 oraz ust. 7, § 11, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Telemedycyna	§ 13 ust. 4, § 14, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2
	Telerehabilitacja	§ 16 ust. 2, § 17 ust. 1, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć § 2

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia	Pakiet POMOC+ Grupowe Ubezpieczenie

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

~~Na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia „Pakiet POMOC+" (OWU) Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group świadczy ochronę ubezpieczeniową dla osób przystępujących do Umowy Grupowa Ubezpieczenia zawartej pomiędzy Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group a Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group.~~

DEFINICJE

§ 2

Niektóre zwroty używane w OWU są pisane wielką literą. Są one zdefiniowane, ponieważ mają szczególne znaczenie dla Umowy Grupowej lub ich treść odbiega od języka potocznego. Dla ułatwienia zostały one podzielone na grupy tematyczne. Jeżeli zapoznasz się z nimi, będzie Ci łatwiej zrozumieć całą treść OWU.

1. We wszelkich dokumentach związanych z przystąpieniem i wykonywaniem Umowy Grupowej, używa się terminów, które zdefiniowane są następująco:

Umowa Grupowa

1) Umowa KAPITALna GRUPA+ – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie „KAPITALna GRUPA+", w której osobą ubezpieczoną jest Ubezpieczony z tytułu Umowy Grupowej.
2) Umowa Grupowa – umowa grupowego ubezpieczenia zawarta między Ubezpieczycielem a Vienna Life TU na Życie S.A., do której przystąpić mogą jedynie osoby pełniące rolę Ubezpieczonego w ramach Umowy KAPITALna GRUPA+.
3) Okres Ubezpieczenia – okres liczony w Latach Polisy, rozpoczynający się w dniu zawarcia Umowy KAPITALna GRUPA+, a kończący się w dniu jej rozwiązania.
4) Rocznica Polisy – dzień odpowiadający dniowi początku Okresu Ubezpieczenia w kolejnych Latach Polisy, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważa się ostatni dzień lutego każdego następnego Roku Polisy.
5) Rok Polisy – okres roczny między kolejnymi Rocznicami Polisy; pierwszy Rok Polisy rozpoczyna się w dniu początku Okresu Ubezpieczenia, a kolejne Lata Polisy rozpoczynają się w Rocznicę Polisy.
6) Ubezpieczyciel – ~~Wiener~~ TU S.A. Vienna Insurance Group.
7) Ubezpieczający – Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group.
8) Ubezpieczony – osoba fizyczna, która jednocześnie pełni rolę Ubezpieczonego w Umowie KAPITALna GRUPA+ i która przystąpiła do Umowy Grupowej, finansująca składkę.
9) Osoba Bliska – Małżonek albo Partner Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego, którzy pełnią odpowiednio rolę Małżonka, Partnera albo Dziecka Ubezpieczonego w ramach Umowy KAPITALna GRUPA+.
10) Małżonek – osoba, która na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego). Małżonek Ubezpieczonego objęty jest ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowej, o ile jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy KAPITALna GRUPA+.
11) Partner – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, niepozostająca w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) z Ubezpieczonym, niespokrewniona i niespowinowacona z nim, z którą Ubezpieczony na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową pozostaje w stałym związku, nie będąc jednocześnie w związku małżeńskim. Przez stały związek uznaje się prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego oraz w szczególności: posiadanie wspólnych dzieci, posiadanie wspólnego rachunku bankowego lub zawarcie wspólnie umowy kredytu. Partner Ubezpieczonego objęty jest ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowej, o ile jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy KAPITALna GRUPA+.
12) Dziecko – dziecko Ubezpieczonego, własne biologiczne lub przysposobione lub pasierb (jeśli nie żyje jego ojciec lub matka), który pozostaje z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym, które nie ukończyło 25 roku życia. Dziecko Ubezpieczonego objęte jest ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowej, o ile jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy KAPITALna GRUPA+.

Nieszczęśliwy Wypadek

13) Nieszczęśliwy wypadek – nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, wbrew swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, wymagający interwencji medycznej dostępnej w ramach zakresu ochrony.

Definicje związane z ochroną ubezpieczeniową

14) Centrum Alarmowe – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług w imieniu Ubezpieczyciela.
15) Lekarz Prowadzący – lekarz placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu następstw Nieszczęśliwego Wypadku.
16) Lekarz Centrum Alarmowego – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Alarmowe i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Alarmowego.
17) Miejsce Pobytu – miejsce, w którym przebywa Ubezpieczony, znajdujące się na terytorium Polski, z wyjątkiem pobytu w placówce medycznej.
18) Miejsce Zamieszkania – miejsce zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium RP, wskazane we wniosku o realizację świadczeń.
19) Nagłe Zachorowanie – stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej.
20) Pierwsza Pomoc Medyczna – pierwsza porada rozpoczynającą proces diagnostyczno-terapeutyczny. Porada ta udzielana jest w ramach dowolnej konsultacji lekarskiej lub pogłębionej diagnostyki, zakończona wydaniem zaleceń co do dalszego postępowania terapeutycznego lub diagnostycznego.
21) Placówka Medyczna – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej. Za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa.
22) Szpital – zakład opieki zdrowotnej świadczący całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego. W rozumieniu niniejszych OWU, za szpital nie uważa się domów opieki, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień oraz szpitali i ośrodków sanatoryjnych i rehabilitacyjnych.

23) Hospitalizacja – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, trwający co najmniej 24 h, od chwili wpisu do księgi głównej do chwili wypisu, przeprowadzany w celu wykonania badań diagnostycznych lub leczenia.

24) Sporty wysokiego ryzyka – abseiling (zjazd po linie), alpinizm, alpinizm podziemny, baloniarstwo, bobsleje, bouldering, bungee, BASE jumping, downhill MTB, heli-skiing, heli-snowboarding, jazda na rowerze po terenie obfitującym w przeszkody (muldy, koleiny skoczne) lub po specjalnie przygotowanych trasach (z wyjątkiem miejskich i turystycznych dróg rowerowych), kiteboarding, kite-skiing, kite-snowboarding, myślistwo, paralotniarstwo, parkour, rugby, spadochroniarstwo, speleologia, sporty lotnicze, sporty motorowodne w ramach sekcji sportowych, szybownictwo, wspinaczka, wspinaczka indoorowa, wspinaczka lodowa, wspinaczka wysokogórska, wyczynowa jazda na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, wyprawy do miejsc, w których panują ekstremalne warunki klimatyczne albo przyrodnicze, wyprawy w obszary górskie lub wyżynne na wysokości powyżej 5 500 m n.p.m.

25) Sprzęt Rehabilitacyjny – sprzęt służący do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagający proces rehabilitacji.

26) Wyczynowe uprawianie sportu – to:
- uprawianie sportu w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych,
- udział w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych.
Nie ma znaczenia, czy Ubezpieczony czerpie dochód z uprawianej dyscypliny sportu.

UMOWA GRUPOWA

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Ochroną ubezpieczeniową objęte są osoby, które pełnią rolę Ubezpieczonego, jak również Osoby Bliskie (Małżonek, Partner albo Dziecko).

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Osób Bliskich.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:
   1) organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych związanych z Nieszczęśliwym Wypadkiem,
   2) telekonsultacje lekarskie świadczone przez lekarza rodzinnego, internistę lub pediatrę, w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem albo Nagłym Zachorowaniem,
   3) telerehabilitacje związane z Nieszczęśliwym Wypadkiem.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej określony jest szczegółowo w § 9-17 OWU.
4. Uprawnionym do otrzymania świadczenia w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony albo Osoby Bliskie.
5. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaistniały w Okresie Ubezpieczenia.
6. Przewidziane w niniejszych OWU limity świadczeń obowiązują w każdym Roku Polisy.

OKRES TRWANIA UMOWY

§ 4

1. Umowa Grupowa została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem sześciomiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Grupowej na piśmie w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od umowy.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Okres Ubezpieczenia wskazany jest w potwierdzeniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do Umowy Grupowej.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy Grupowej trwa przez okres, przez jaki Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy KAPITALna GRUPA+, jednak nie dłużej, niż do dnia poprzedzającego Rocznicę Polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 69. roku życia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej ustaje w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy KAPITALna GRUPA+ lub:
   1) wraz z upływem ostatniego dnia w okresie wypowiedzenia Umowy Grupowej na podstawie § 4 ust. 1,
   2) wraz z upływem dnia w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy Grupowej na podstawie § 4 ust. 2,
   3) z chwilą wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy Grupowej,
   4) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
   5) z upływem dnia wskazanego w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w § 8 ust. 3.

PRZYSTĄPIENIE I WYSTĄPIENIE Z UMOWY GRUPOWEJ

§ 7

1. Przystąpienie do Umowy Grupowej następuje na podstawie deklaracji przystąpienia składanej przez Ubezpieczonego wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy KAPITALna GRUPA+.
2. Ubezpieczony występuje z Umowy Grupowej, w przypadku rozwiązania Umowy KAPITALna GRUPA+.

SKŁADKA Z TYTUŁU UMOWY GRUPOWEJ

§ 8

1. Wysokość składki z tytułu przystąpienia do Umowy Grupowej oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Grupowej.
2. Składka w całości finansowana jest przez Ubezpieczonego na podstawie oświadczenia w deklaracji przystąpienia do Umowy Grupowej. W imieniu Ubezpieczonego czynności związane z jej zapłatą dokonuje Ubezpieczający.

3. Niezapłacenie przez Ubezpieczającego składki w terminie wskazanym w Umowy Grupowej powoduje wezwanie Ubezpieczającego do zapłaty Składki wraz z pouczeniem, iż brak wpłaty Składki w terminie 14 dni od otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Termin opłacania składek z tytułu przystąpienia do Umowy Grupowej uzależniony jest od dnia początku Okresu Ubezpieczenia. Znajdziesz go w Polisie Umowy Kapitalna Grupa +.

4. Składka z tytułu Umowy Grupowej, należna jest w wysokości i w terminach wskazanych w Polisie Umowy Kapitalna Grupa + .

ORGANIZACJA I POKRYCIE KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W ZWIĄZKU Z NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

§ 9

1. W ramach organizacji i pokrycia kosztów świadczeń medycznych na rzecz Ubezpieczonego i Osób Bliskich, Ubezpieczyciel zapewnia świadczenia realizowane za pośrednictwem Centrum Alarmowego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następstwa Nieszczęśliwych Wypadków zaistniałych na terytorium RP i poza granicami RP, z zastrzeżeniem, że sama organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług świadczonych na rzecz Ubezpieczonych i Osób Bliskich za pośrednictwem Centrum Alarmowego dotyczy tylko terytorium RP.
3. Ubezpieczonemu albo Osobie Bliskiej przysługuje łącznie maksymalnie 15 świadczeń z zakresu pomocy medycznej i pomocy opiekuńczej możliwych do wykorzystania na każde zdarzenie ubezpieczeniowe, przy czym w ramach świadczeń wymienionych w tabeli poniżej, Ubezpieczyciel organizuje usługi i pokrywa ich koszty do wysokości nieprzekraczającej wskazanych limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:

LP.	ZAKRES UBEZPIECZENIA	UWAGI
ŚWIADCZENIA INFORMACYJNE		
1	Telefoniczna Informacja Medyczna	bez limitu
2	Infolinia szpitalna	
POMOC MEDYCZNA		
	KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW	
3	Chirurg	
4	Okulista	
5	Otolaryngolog	
6	Ortopeda	
7	Kardiolog	
8	Neurolog	
9	Pulmonolog	
10	Lekarz rehabilitacji	
11	Neurochirurg	
12	Psycholog	maksymalnie 10 wizyt (które stanowią łącznie 1 świadczenie) na zdarzenie ubezpieczeniowe
	BADANIA I ZABIEGI	
13	Zabiegi ambulatoryjne	
14	Badania laboratoryjne	badania – niezależnie od ich liczby – stanowią łącznie 1 świadczenie na zdarzenie ubezpieczeniowe
15	Tomografia komputerowa (TK)	1 świadczenie na zdarzenie ubezpieczeniowe
16	Rezonans magnetyczny (MRI)	1 świadczenie na zdarzenie ubezpieczeniowe
17	Badania radiologiczne	
18	Badania ultrasonograficzne	
19	Rehabilitacja	maksymalnie 20 zabiegów (które stanowią łącznie 1 świadczenie) na zdarzenie ubezpieczeniowe
POMOC OPIEKUŃCZA		
20	Opieka pielęgniarska	maksymalnie 3 wizyty (które stanowią łącznie 1 świadczenie) na zdarzenie ubezpieczeniowe
21	Sprzęt rehabilitacyjny	koszt zakupu albo wypożyczenia, maksymalnie 600 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe – dostawy sprzętu nie wlicza się do limitu świadczeń
22	Transport do placówki medycznej	
23	Transport pomiędzy placówkami medycznymi	
24	Transport z placówki medycznej	
25	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	
26	Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	
27	Dostarczenie lekarstw	
28	Pomoc domowa po pobycie w szpitalu	maksymalnie 3 wizyty do 3 godzin, każda wizyta w ciągu kolejnych 14 dni (stanowią one łącznie 1 świadczenie) na zdarzenie ubezpieczeniowe

4. Świadczenia w ramach organizacji i pokrycia kosztów świadczeń medycznych realizowane są po udzieleniu pomocy w ramach pierwszej pomocy medycznej.
5. Ubezpieczonemu przysługuje nielimitowana liczba świadczeń informacyjnych.

6. W odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, realizacja któregokolwiek ze świadczeń z zakresu pomocy medycznej oraz pomocy opiekuńczej pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń do wykorzystania, wskazaną w ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 7 - 9.
7. W odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, o której mowa w ust. 3, istnieje możliwość skorzystania kilkukrotnie z tego samego świadczenia, z wyłączeniem świadczeń:
   1) psycholog
   2) tomografia komputerowa
   3) rezonans magnetyczny
   4) rehabilitacja;
   5) opieka pielęgniarska;
   6) sprzęt rehabilitacyjny, pomoc domowa po pobycie w szpitalu.
8. W ramach jednego świadczenia możliwe jest wykonanie kilku usług, które traktowane są jako jedno świadczenie, jeżeli tak przewiduje opis dla danego świadczenia w tabeli wskazanej w ust. 3.
9. Świadczenie „badania laboratoryjne" traktowane jest jako jedno świadczenie z maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, niezależnie od liczby wydanych skierowań i zleconych do wykonania badań w związku z wystąpieniem danego zdarzenia ubezpieczeniowego.
10. Usługa, która przekroczy limit świadczeń wskazany w tabeli wskazanej w ust. 3, może zostać wykonana przez Centrum Alarmowe, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Ubezpieczyciela limitem dla określonego świadczenia.

ŚWIADCZENIA

§ 10

Świadczenia informacyjne

1. Telefoniczna Informacja Medyczna – Centrum Alarmowe zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który, według posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu albo Osobie Bliskiej ustnej informacji na temat:
   1) Placówek Medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom i rekomendowanych przez Centrum Alarmowe;
   2) Placówek Medycznych działających w publicznym systemie ochrony zdrowia;
   3) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego, rekomendowanych przez Centrum Alarmowe;
   4) aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;
   5) placówek opieki społecznej i hospicjów;
   6) placówek handlowych oferujących Sprzęt Rehabilitacyjny.
2. Infolinia szpitalna – Centrum Alarmowe udzieli następujących informacji na temat znajdujących się na terytorium RP szpitali współpracujących z Centrum Alarmowym:
   1) dostępności szpitali prywatnych;
   2) zakresu świadczeń medycznych realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne (specjalności medyczne, procedury zabiegowe);
   3) numerów telefonów do Szpitali, pod którymi Ubezpieczony może zasięgnąć bardziej szczegółowych informacji;
   4) średnich cen usług medycznych w poszczególnych Szpitalach.
3. Poinformowanie Ubezpieczonego albo Osobę Bliską:
   1) o czym należy pamiętać, wybierając się do Szpitala;
   2) o czym należy pamiętać, wychodząc ze Szpitala;
   3) na czym polega przygotowanie do zabiegu operacyjnego;
   4) o badaniach, których można się spodziewać w czasie Hospitalizacji wraz z informacją, na czym poszczególne badania polegają;
   5) na co należy zwrócić uwagę w czasie odwiedzin bliskich w Szpitalu.

Pomoc medyczna

4. Konsultacje lekarzy specjalistów – w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Centrum Alarmowe w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza Prowadzącego - zorganizuje i pokryje koszty wizyt Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej u specjalistów wymienionych w tabeli przedstawionej w § 10 ust. 5.
5. Badania i zabiegi:
   1) zabiegi ambulatoryjne – w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Centrum Alarmowe w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza Prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty zabiegów medycznych wykonanych na rzecz Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej w warunkach ambulatoryjnych;
   2) badania laboratoryjne – w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Centrum Alarmowe w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza Prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań laboratoryjnych Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej;
   3) badania radiologiczne – w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Centrum Alarmowe w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza Prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań radiologicznych Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej;
   4) inne badania i zabiegi, wskazane w tabeli zawartej w § 9 ust. 3;

   których szczegółowy wykaz wskazany został w tabeli poniżej:

KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW			
1) chirurg 2) okulista 3) otolaryngolog	4) ortopeda 5) kardiolog 6) neurolog	7) pulmonolog 8) lekarz rehabilitacji	9) neurochirurg 10) psycholog
ZABIEGI AMBULATORYJNE			

AMBULATORYJNE ZABIEGI CHIRURGICZNE
1) Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych
2) Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu
3) Usunięcie szwów
4) Zmiana opatrunku
5) Nakłucie stawu, aspiracja lub wstrzyknięcie – mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)
6) Nakłucie stawu, aspiracja lub wstrzyknięcie – średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojczykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)
7) Nakłucie stawu, aspiracja lub wstrzyknięcie – duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)
AMBULATORYJNE ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE
1) Usunięcie ciała obcego, śródnosowe
AMBULATORYJNE ZABIEGI OKULISTYCZNE
1) Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki
2) Usunięcia ciała obcego lub złogu w obrębie układu łzowego, przewody łzowe
AMBULATORYJNE ZABIEGI ORTOPEDYCZNE
1) Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
2) Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
3) Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
4) Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
5) Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną
6) Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie
7) Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)
8) Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)
9) Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)
10) Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)
11) Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)
12) Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)
BADANIA LABORATORYJNE
1) Morfologia krwi obwodowej, kompletna morfologia krwi obwodowej: Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi
2) Morfologia krwi obwodowej, kompletna morfologia krwi obwodowej: Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi – z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów Morfologia krwi obwodowej z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
3) Morfologia krwi obwodowej, retikulocytoza – ręcznie
4) Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – nieautomatycznie
5) Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – automatycznie

BADANIA RADIOLOGICZNE	
1) Czaszka	9) Stawy barkowo-obojczykowe
2) Klatka piersiowa, jedna projekcja – czołowa PA	10) Kość ramienna
3) Klatka piersiowa, dwie projekcje – czołowa PA i boczna	11) Staw łokciowy
4) Układ kostny twarzy w pozycji leżącej na boku)	12) Przedramię
5) Żebra, jednostronne	13) Ręka
6) Żebra, obustronne	14) Palec (palce) ręki
7) Mostek	15) Biodro
8) Staw lub stawy mostkowo-obojczykowe	16) Kość udowa

BADANIA ULTRASONOGRAFICZNE
1) Badanie ultrasonograficzne, klatka piersiowa
2) Badanie ultrasonograficzne, jama brzuszna
3) Badanie ultrasonograficzne miednicy
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (TK)
REZONANS MAGNETYCZNY (MRI)
REHABILITACJA

1) Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu zwiększać siłę i wytrzymałość, zakres ruchomości i giętkość	9) Techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, ultrafiolet
2) Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu zwiększać siłę i wytrzymałość, zakres ruchomości i giętkość	10) Techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, ultradźwięki
	11) Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, jonoforeza
	12) Galwanizacja
	13) Elektrostymulacja

3) Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF) – jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje 4) Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, trakcja mechaniczna 5) Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów 6) Kinezjotaping 7) Techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, diatermia 8) Techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)	14) Tonoliza 15) Prądy diadynamiczne 16) Prądy interferencyjne 17) Prądy Kotza 18) Prądy Tens 19) Prądy Traberta 20) Impulsowe pole magnetyczne 21) Laseroterapia (skaner, punktowo) 22) Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów, okłady ciepłe lub zimne (termożele)

Pomoc opiekuńcza:

6. Opieka pielęgniarska – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu swojego pobytu, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego, Centrum Alarmowe zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza Prowadzącego i możliwym do wykonania w Miejscu Pobytu;
7. Sprzęt Rehabilitacyjny – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu oraz koszty transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do Miejsca Pobytu;
8. Transport do Placówki Medycznej – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej do Placówki Medycznej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty transportu wraz z osobą przez niego wskazaną z Miejsca Pobytu do Placówki Medycznej, dostosowanym do stanu zdrowia środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego;
9. Transport pomiędzy Placówkami Medycznymi – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska przebywa w Placówce Medycznej, która nie jest w pełni dostosowana do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki Medycznej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty transportu wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy Placówkami Medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza Prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Alarmowego i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej. Jeżeli Ubezpieczony albo Osoba Bliska jest skierowany na zabiegi lub badania do innej Placówki Medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki Medycznej, w której jest on leczony;
10. Transport z Placówki Medycznej – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska był hospitalizowany i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego, wymaga transportu z Placówki Medycznej do Miejsca Zamieszkania, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu wraz z osobą wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym;
11. Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska musi udać się, zgodnie z otrzymanym wezwaniem, na komisję lekarską, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty transportu wraz z osobą wskazaną z Miejsca Zamieszkania do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego do Miejsca Zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony albo Osoba Bliska nie może odbyć podróży zwykłym środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym;
12. Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 4 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego przed upływem roku od dnia zakończenia Hospitalizacji powinien udać się na wizytę kontrolną do Placówki Medycznej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty transportu na taką wizytę oraz transportu powrotnego do Miejsca Zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony albo Osoba Bliska nie może odbyć podróży zwykłym środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje lekarz centrum w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym;
13. Dostarczenie lekarstw – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu albo Osobie Bliskiej zostały przepisane leki przez Lekarza Prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną (z uwagi na rodzaj obrażeń, jakich doznał) nie może on opuszczać Miejsca Zamieszkania Centrum Alarmowe zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia leków przepisanych przez Lekarza Prowadzącego. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy Ubezpieczony albo Osoba Bliska nie ma możliwości skorzystania z obsługi domowników w ww. zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego recepty niezbędnej do wykupienia leków oraz pokrycie kosztów zakupu ww. leków przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską;
14. Pomoc domowa po pobycie w szpitalu – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony albo Osoba Bliska był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 4 dni i po zakończonej Hospitalizacji - zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego podjętym w oparciu o dokumentację medyczną - konieczne jest zapewnienie pomocy w Miejscu Zamieszkania, Centrum Alarmowe zorganizuje oraz pokryje koszty honorarium i dojazdu pomocy domowej do Miejsca Zamieszkania, pod warunkiem iż Ubezpieczony albo Osoba Bliska nie ma możliwości skorzystania z obsługi domowników. Świadczenie obejmuje pomoc w następującym zakresie:
    1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby;
    2) codzienne porządki domowe;
    3) dostawa albo przygotowanie posiłków;
    4) opieka nad zwierzętami domowymi;
    5) podlewanie kwiatów.

    Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu jakichkolwiek materiałów lub środków spożywczych związanych z zapewnieniem obsługi domowej (koszty te pokrywa Ubezpieczony albo Osoba Bliska).

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione albo opóźnione z powodu:
    1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru;
    2) niezapowiedzianych strajków, niepokojów społecznych, ataków terroru, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego,

a także ograniczeń w przemieszczaniu się, wprowadzonych przepisami prawa lub decyzjami władz publicznych, mogących uniemożliwić realizację danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela;

3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego, Osoby Bliskiej lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca Zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie – z przyczyn nieleżących po stronie Ubezpieczyciela ani usługodawców Ubezpieczyciela.

2. W przypadku gdy udzielenie świadczenia określonego w OWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia mające związek z niewyrażeniem przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską pisemnej zgody, o której mowa powyżej.

3. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:

1) zdarzeń zaistniałych przed datą rozpoczęcia okresu ubezpieczenia, a zgłoszonych w trakcie jego trwania;

2) zdarzeń zaistniałych z winy umyślnej Ubezpieczonego, albo Osoby Bliskiej lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony albo Osoba Bliska pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, w tym także skutki usiłowania lub dokonania przestępstwa, samobójstwa, samookaleczenia lub świadomego spowodowania rozstroju zdrowia;

3) zdarzeń zaistniałych w rezultacie posiadania lub używania materiałów wybuchowych, petard, środków pirotechnicznych i innych podobnie działających środków;

4) zdarzeń zaistniałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego oraz wyjątkowego, strajków, zamieszek, rozruchów, demonstracji, lokautów oraz sabotażu, aktów terroru;

5) zdarzeń zaistniałych wskutek oddziaływania energii jądrowej, promieni jonizujących, laserowych, maserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, azbestu oraz skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub napromieniowania;

6) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane;

7) prowadzenia przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających lub bez wymaganych uprawnień do prowadzenia tego pojazdu;

8) wykonywania przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską zadań kaskaderskich, uprawiania sportów motorowych, w szczególności związanych z udziałem w zawodach, treningach, jazdach próbnych i testowych;

9) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską sportów lub uprawiania sportów wysokiego ryzyka;

10) udziału Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej w treningach, zgrupowaniach lub zawodach związanych ze sportami i sztukami walki;

11) zatrucia alkoholem, narkotykami, lekami psychotropowymi lub podobnie działającymi środkami;

12) wszelkich chorób lub stanów chorobowych, nawet tych, które wystąpiły nagle;

13) działania Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne.

4. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:

1) przebieg i skutki organizowanej przez siebie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji (odpowiedzialność ponosi lekarz oraz inni członkowie personelu medycznego w ramach ustawowej odpowiedzialności zawodowej);

2) skutki niestosowania się przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Alarmowego bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami Centrum Alarmowego

3) brak możliwości wykonania usług w związku z ograniczeniami wprowadzonymi przez właściwe podmioty władzy publicznej, w szczególności przepisami epidemicznymi, lub decyzjami wydanymi z przyczyn nieleżących po stronie Ubezpieczyciela.

5. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:

1) organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym;

2) pokrycie kosztów leczenia związane z udzieleniem Pierwszej Pomocy Medycznej, bezpośrednio po zdarzeniu;

3) pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej.

6. Informacje udzielane w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.

7. W przypadku świadczenia „dostarczenie lekarstw", Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.

8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie Sprzętu Rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.

9. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie są objęte osoby przewożone w pojeździe w liczbie większej od liczby miejsc określonej w dowodzie rejestracyjnym pojazdu.

10. Ubezpieczyciel stosuje wyłączenie albo ograniczenie swojej odpowiedzialności, jeżeli pomiędzy zdarzeniem ubezpieczeniowym a okolicznością wskazaną w postanowieniach dotyczących danego wyłączenia albo ograniczenia odpowiedzialności istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, tj. gdy zdarzenie ubezpieczeniowe jest typowym, normalnym następstwem wspomnianej okoliczności.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 12

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony albo Osoba Bliska zobowiązany jest niezwłocznie, nie później jednakże niż w terminie 14 dni od daty wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zawiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, dzwoniąc pod numer wskazany na dokumencie ubezpieczenia, chyba że wskutek wypadku nie mógł tego uczynić – w takiej sytuacji powinien to uczynić w terminie 14 dni od ustąpienia przyczyny niezgłoszenia szkody.

2. Ubezpieczony albo Osoba Bliska zobowiązany jest podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności:

1) numer Polisy Indywidualnej Kapitalna Grupa +;
2) imię, nazwisko, numer pesel osoby ubiegającej się o realizację świadczeń (o ile został nadany); oraz imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli osobą ubiegającą się o realizację świadczenia jest Dziecko Ubezpieczonego;
3) adres Miejsca Zamieszkania osoby ubiegającej się o realizację świadczeń;
4) telefon kontaktowy;

5) krótki opis zaistniałego zdarzenia.

3. W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1, w terminie w nim wskazanym, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli niewykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
4. W celu realizacji pierwszego świadczenia z zakresu pomocy medycznej i pomocy opiekuńczej w odniesieniu do danego zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony albo Osoba Bliska albo osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest wypełnić i przekazać do Ubezpieczyciela „Wniosek o realizację świadczeń", do którego dołącza kopie:
   1) skierowania lub zalecenia Lekarza Prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń;
   2) dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań;
   3) protokołu policyjnego z miejsca wypadku komunikacyjnego w przypadku, gdy obrażenia ciała powstały w wyniku wypadku komunikacyjnego; ww. dokumenty należy przesłać do Ubezpieczyciela pocztą tradycyjną lub pocztą elektroniczną na adres: kontakt@wiener.pl.
5. W celu realizacji kolejnych świadczeń z zakresu opieki medycznej i pomocy opiekuńczej w odniesieniu do danego zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony albo Osoba Bliska lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest przekazać do Centrum Alarmowego kopię skierowania lub zalecenia Lekarza Prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń.
6. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, czas oczekiwania na realizację świadczeń obsługi medycznej wynosi:
   1) do 5 dni roboczych - w przypadku konsultacji lekarzy specjalistów;
   2) do 3 dni roboczych - w przypadku pozostałych świadczeń pomocy medycznej i pomocy opiekuńczej, o ile Ubezpieczony albo Osoba Bliska nie wskaże konkretnego lekarza czy placówki należących do sieci medycznej Centrum Alarmowego lub późniejszego terminu, w którym chciałby skorzystać ze świadczenia.
7. W przypadku nieuznania odpowiedzialności, Centrum Alarmowe pisemnie poinformuje Ubezpieczonego albo Osobę Bliską o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
8. Świadczenia medyczne realizowane są w placówkach medycznych należących do sieci medycznej Centrum Alarmowego.
9. Koszty świadczeń z zakresu obsługi medycznej i obsługi opiekuńczej, realizowanych zgodnie z opisem zawartym w OWU, pokrywane są przez Centrum Alarmowe bezpośrednio na rzecz podmiotu lub placówki medycznej realizującej świadczenie.

TELEMEDYCYNA

ŚWIADCZENIA

§ 13

1. Telekonsultacja lekarska u lekarza rodzinnego, internisty lub pediatry obejmuje wywiad, poradę lekarską wraz z czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, wystawienie pełnopłatnych e-recept oraz zlecenie odpłatnych badań.
2. Telekonsultacje lekarskie są udzielane przez lekarzy wskazanych przez Centrum Alarmowe, bez konieczności posiadania skierowania lekarskiego.
3. Lekarz podczas telekonsultacji lekarskich może sugerować dalsze postępowanie kliniczne, jednak ostateczny wybór sposobu dalszego leczenia oraz odpowiedzialność za wybór metody leczenia i prowadzenie pacjenta należy do Lekarza Prowadzącego Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej.
4. W ramach Umowy Grupowej, ilość telekonsultacji lekarskich uzależniona jest od zakresu ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy KAPITALna GRUPA+:
   1) jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje tylko zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego lub Małżonka/ Partnera Ubezpieczonego – wówczas każdy z nich ma prawo do 6 telekonsultacji lekarskich w danym Roku Polisy;
   2) jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego, Małżonka/ Partnera Ubezpieczonego oraz Dzieci – wówczas łącznie mają oni prawo do 12 telekonsultacji lekarskich w danym Roku Polisy; przy uwzględnieniu maksymalnej liczby 6 osób,

   niezależnie od tego, czy dotyczą one tego samego, czy też różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
5. Jeżeli osoba, której dotyczy telekonsultacja lekarska, jest osobą nieposiadającą pełnej zdolności do czynności prawnych (m.in. z powodu małoletności), wszystkie czynności dotyczące realizacji usługi odbywają się za pośrednictwem rodziców lub opiekunów prawnych.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 14

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
   1) skutki leczenia, porady lub diagnozy, które wynikają z telekonsultacji lekarskiej;
   2) decyzje podjęte w oparciu o błędne dane i informacje podane przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską w przekazanej dokumentacji lub podczas rozmowy z Centrum Alarmowym;
   3) informacje, których udzielił Ubezpieczonemu albo Osobie Bliskiej lekarz na podstawie niekompletnej lub wprowadzającej w błąd dokumentacji klinicznej;
   4) skutki tego, że Ubezpieczony albo Osoba Bliska nie zastosował się do porad Lekarza Centrum Alarmowego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za sytuacje uniemożliwiające prawidłowe świadczenie usługi, które są wynikiem działania siły wyższej bądź działania albo zaniechania podmiotu, za który Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niezrealizowanie usługi w sytuacji, gdy nie powiodły się 3 próby kontaktu z Ubezpieczonym albo Osobą Bliską.
4. Telekonsultacja lekarska – jako usługa świadczona na odległość – nie stanowi substytutu dla podstawowej opieki zdrowotnej i nie zastępuje konsultacji lekarskiej lub badania lekarskiego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Telekonsultacja nie powinna stanowić samodzielnej podstawy do podjęcia przez Ubezpieczonego albo Osobę Bliską decyzji o rozpoczęciu lub zaprzestaniu leczenia.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 15

1. Telekonsultacje lekarskie udzielane są całodobowo.
2. Korzystanie z Telemedycyny wymaga następujących wymagań technicznych:
   1) niezbędne jest posiadanie telefonu; dla ułatwienia komunikacji możliwy jest również kontakt za pośrednictwem aplikacji internetowej lub przez e-mail. W związku z tym zalecane jest posiadanie:

a) aktywnego adresu e-mail;
b) urządzenia z dostępem do sieci Internet z dowolnym systemem operacyjnym umożliwiającym korzystanie z przeglądarki internetowej;
c) zainstalowanej przeglądarki internetowej w dowolnej wersji (przy czym wybór wersji może mieć wpływ na jakość połączenia).

3. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym, pod numerem telefonu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania telekonsultacji lekarskiej w ciągu 2 godzin od momentu zgłoszenia do Centrum Alarmowego.
5. Przed realizacją telekonsultacji lekarskiej Ubezpieczony albo Osoba Bliska może przesłać drogą mailową lub za pośrednictwem aplikacji internetowej wskazanej przez Centrum Alarmowe dokumentację medyczną dotyczącą jego stanu zdrowia. Po telekonsultacji lekarskiej lekarz może przesłać Ubezpieczonemu albo Osobie Bliskiej tą samą drogą skierowanie na płatne badania zalecone przez lekarza lub e-recepty.
6. Za zgodą Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej, telekonsultacja lekarska może się odbyć również w formie wideokonsultacji.

TELEREHABILITACJA

ŚWIADCZENIA

§ 16

1. W ramach telerehabilitacji Ubezpieczyciel oferuje wideoporady fizjoterapeuty po zajściu Nieszczęśliwego Wypadku w zakresie kinezyterapii, jaką z uwzględnieniem stanu zdrowia Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej, można wykonywać w warunkach domowych, ze wskazaniem częstotliwości ćwiczeń i przydatnych urządzeń ćwiczeniowych o charakterze niemedycznym.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie telerehabilitacji ograniczona jest do 60 minut wideoporad z tytułu danego zdarzenia ubezpieczeniowego, powstałego wyłącznie w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, bez ograniczeń na ilość zdarzeń.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
   1) Porady i ćwiczenia do wykonania w warunkach domowych samodzielnie lub ze wsparciem osoby bliskiej mające na celu minimalizowanie lub usuwanie stanów bólowych, w tym bólu głowy, szyi, kręgosłupa, biodra, stawów.
   2) Porady i ćwiczenia oraz kontrola postępów w rehabilitacji po skręceniach, zwichnięciach i złamaniach.
   3) Porady i ćwiczenia po wszczepieniu endoprotezy.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 17

1. Telerehabilitacje udzielane są od poniedziałku do piątku w godz. 9.00 – 18.00 oraz w soboty w godz. 10.00 – 14.00, na podstawie zgłoszeń, które mogą następować całodobowo.
2. Korzystanie z Telerehabilitacji wymaga następujących wymagań technicznych:
   1) posiadanie urządzenia z dostępem do sieci Internet z dowolnym systemem operacyjnym umożliwiającym korzystanie z przeglądarki internetowej;
   2) zainstalowanej przeglądarki internetowej w dowolnej wersji (przy czym wybór wersji może mieć wpływ na jakość połączenia).
3. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, należy skontaktować się pod numerem telefonu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania telerehabilitacji w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia, z uwzględnieniem terminów wskazanych w ust. 1.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

REKLAMACJE

§ 18

1. Reklamację w związku z przystąpieniem do Umowy Grupowej może zgłosić Ubezpieczający, Ubezpieczony i Osoba Bliska.
2. Reklamację można złożyć:
   1) w formie pisemnej – na adres wybranej jednostki Ubezpieczyciela lub osobiście;
   1) w formie elektronicznej (formularz reklamacyjny na stronie www.wiener.pl);
   2) ustnie (osobiście do protokołu lub telefonicznie).
3. Reklamacja powinna zawierać:
   3) imię, nazwisko (nazwę), adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację;
   4) numer zgłoszenia szkody lub numer Polisy Umowy KAPITALna GRUPA+;
   5) przedmiot reklamacji;
   6) uzasadnienie reklamacji, z podaniem ewentualnych dowodów.
4. Reklamacja jest rozpatrywana niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Jeżeli z uwagi na szczególne skomplikowanie sprawy nie jest możliwe udzielenie odpowiedzi we wskazanym wyżej terminie, termin ten zostaje wydłużony do nie więcej niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Zgłaszający zostaje poinformowany o przyczynie opóźnienia:
   1) okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   2) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.

1. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Ubezpieczyciel powiadamia zgłaszającego reklamację w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, przy czym udzielenie przez Ubezpieczyciela odpowiedzi na reklamację pocztą elektroniczną jest możliwe wyłącznie na wniosek klienta.
2. Zgłaszający reklamację może wystąpić do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy.
3. Spór może zostać rozstrzygnięty w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego, prowadzonego przez Rzecznika Finansowego (adres strony internetowej: www.rf.gov.pl), albo postępowania przed Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego (adres strony internetowej: www.knf.gov.pl).
4. Zgłaszającemu reklamację przysługuje prawo dochodzenia swoich roszczeń przed sądem powszechnym. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego,

Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia bądź przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

5. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 19

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących przepisy prawa.
2. Bez uszczerbku dla pozostałych postanowień umowy, Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.
3. Umowa ubezpieczenia podlega przepisom prawa polskiego.
4. Ubezpieczony nie ma prawa do przenoszenia praw i obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia na podmioty trzecie bez uprzedniej pisemnej zgody Ubezpieczyciela pod rygorem nieważności.
5. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą Ubezpieczyciela nr ~~66/21 z dnia 27 kwietnia 2021 r.~~, i wchodzą w życie z dniem ~~27 kwietnia 2021 r.~~