

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „POMOC DLA SPORTOWCÓW” O INDEKSIE P4/NNW_3_1.0/2017

Drogi Kliencie,

zachęcamy Cię do zapoznania się z dokumentem, dzięki któremu dowiesz się, co obejmuje Twoje ubezpieczenie oraz w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie.

Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności, czyli sytuacje, których wystąpienie spowoduje, że nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.

Aby ułatwić Ci lekturę, umieściliśmy przy najważniejszych fragmentach tekstu nasze komentarze opatrzone wykrzyknikami.

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych OWU zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń.	ART. 2 UST. 2 ART. 13 UST. 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 12 ART. 15
3. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania.	ART. 8

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pomoc dla Sportowców”, oznaczone indeksem P4/NNW_3_1.0/2017, stosuje się do Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym.

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „Pomoc dla Sportowców”, o indeksie P4/NWW_3_1.0/2017 (dalej: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – podmiot wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Amatorskie uprawianie sportów** – niestanowiąca Wyczynowego uprawiania sportów aktywność sportowa Ubezpieczonego, do której zalicza się sporty wymienione w Art. 13 niniejszych OWU;
- 3) **Centrum Alarmowe** – Europ Assistance Polska Sp. z o.o., uprawniona do organizacji i wykonywania Świadczeń Assistance wynikających z Umowy ubezpieczenia, dyspozycyjna przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przez cały rok;
- 4) **Cykl rozliczeniowy** – okres nie dłuższy niż 31 dni, rozumiany jako cykl bilingowy przyjęty dla rozliczeń związanych ze świadczeniem przez PLAY usług telekomunikacyjnych w ramach UoSUT;
- 5) **Drobny sprzęt ortopedyczno – rehabilitacyjny** – sprzęt pomocniczy umożliwiający przebieg prawidłowej rehabilitacji bądź ułatwiający egzystencję Ubezpieczonego;
- 6) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – pierwszy dzień najbliższego Cyklu rozliczeniowego przypadającego po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 7) **Dzień zajścia Zdarzenia:**
 - a) w przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - b) w przypadku **Nieszczęśliwego wypadku** – wystąpienie zdarzenia nagłego, wywołanego przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- 8) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień, w którym Ubezpieczający złożył za pomocą Platformy oświadczenie, w którym wyraża wolę zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 9) **Klient PLAY** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, która jest stroną zawartej z PLAY Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych w ramach oferty abonamentowej (postpaid);
- 10) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych potwierdzone wymaganymi dokumentami, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
- 11) **Lekarz Centrum Alarmowego** – zatrudniony w Centrum Alarmowym Lekarz konsultant;
- 12) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 13) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 14) **Okres ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej odpowiadający Cyklowi rozliczeniowemu, automatycznie wznawiany na maksymalnie 12 Okresów ubezpieczenia. Warunkiem i potwierdzeniem ze strony Ubezpieczającego woli przedłużenia Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia jest zapłata Składki;
- 15) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 16) **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 1 dzień, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 17) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
- 18) **Platforma, Platforma „Play Ubezpieczenia”** – zindywidualizowane informatyczne środowisko systemowe wykorzystywane do wykonywania czynności agencyjnych, w szczególności przeznaczone do sprzedaży i obsługi ubezpieczeń dedykowanych dla Klientów PLAY;
- 19) **PLAY- P4 Sp. z o.o.** będąca operatorem sieci komórkowej świadcząca usługi telekomunikacyjne Klientom PLAY, z którą Klient PLAY zawarł Umowę o świadczenie usług telekomunikacyjnych;
- 20) **Skarga** – wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące jakości usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym zawarcia i realizacji Umowy Ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności. Przez Skargę należy również rozumieć reklamację, zażalenie lub odwołanie od decyzji Ubezpieczyciela;
- 21) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 22) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 23) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie OWU

- 24) **Świadczenie Assistance** – wskazana w Art.12, pomoc udzielana Ubezpieczonemu za pośrednictwem Centrum Alarmowego, zgodnie z zakresem i warunkami ubezpieczenia określonymi w niniejszych OWU i stosownie do posiadanego przez Ubezpieczonego Wariantu;
- 25) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. Definicja Szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- 26) **Ubezpieczający** – Klient PLAY, zawierający Umowę ubezpieczenia na własny lub na cudzy rachunek, który jest zobowiązany do opłacenia Składki;
- 27) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub każda inna osoba objęta Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazana w Polisie;
- 28) **Ubezpieczyciel** – Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy pl. Piłsudskiego 2;
- 29) **Umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych (zwana dalej: UoSUT)** – zawarta między Klientem PLAY a PLAY umowa, na podstawie której Klient PLAY korzysta ze świadczonego przez PLAY usług telekomunikacyjnych w ramach oferty abonamentowej (postpaid);
- 30) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym za pomocą Platformy;
- 31) **Uprawniony** – Ubezpieczony uprawniony do otrzymania Świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Świadczenia Assistance;
- 32) **Wariant** – jeden z dwóch dostępnych wariantów ubezpieczenia, wybierany przez Ubezpieczającego w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 33) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku lub stowarzyszenia sportowego, a także udział we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym) lub udział w sportowych obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w celu nauki i doskonalenia umiejętności w danej dyscyplinie sportowej i osiągnięcia w niej coraz lepszych wyników sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również profesjonalne uprawianie sportu w celach zarobkowych;
- 34) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia i Świadczeń Assistance:
 - a) dla ubezpieczenia NNW – Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) dla ubezpieczenia Assistance – Nieszczęśliwy wypadek.



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenie, które zaszło w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) **Wariant Standard:**
 - a) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
 - b) Świadczenie Assistance
 - 2) **Wariant Premium:**
 - a) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
 - b) Świadczenie Assistance o zwiększonym zakresie i podwyższonych limitach
3. Ubezpieczenie trwa 24 godziny na dobę, z zastrzeżeniem, że Zdarzenie ma miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Ubezpieczony może skorzystać ze Świadczeń po pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
5. Ze Świadczeń Assistance Ubezpieczony może skorzystać po wystąpieniu Nieszczęśliwego wypadku.
6. Szczegółowy zakres Świadczeń i Świadczeń Assistance wraz z limitami liczbowymi i kwotowymi określa tabela zawarta w Art. 10.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

- Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Klientem PLAY, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18 rok życia i nie ukończył 74 roku życia.
- Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Klient PLAY za pomocą Platformy:
 - zapoznał się z warunkami niniejszych OWU i następnie złożył oświadczenie woli o zawarciu Umowy ubezpieczenia;
 - wyraził zgodę w ramach zawartej UoŚUT na doliczenie do rachunku telefonicznego Składki za Ochronę ubezpieczeniową.
 - Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisa.



Jak długo trwa Twoja ochrona?

OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie.
- Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Art. 8.
- Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego - z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu;
 - z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela oświadczenia o nieprzedłużeniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia;
 - z dniem wyczerpania Sumy ubezpieczenia na skutek wypłaty Świadczenia w wysokości równej Sumie ubezpieczenia;
 - z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, za który przypadła niezapłacona Składka – w przypadku nieopłacenia w terminie Składki przez Ubezpieczającego za kolejny Okres ubezpieczenia;
 - w dniu rozwiązania lub przeniesienia praw i obowiązków wynikających z UoŚUT;
 - z dniem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia;
 w zależności, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczający może w każdym czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi oświadczenie woli za pośrednictwem Platformy.
- Ubezpieczyciel może w każdym czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia składając oświadczenie woli w tym zakresie w formie pisemnej pod rygorem nieważności Ubezpieczającemu.
- Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem Cyklu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel złożył Ubezpieczającemu lub Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający, będący konsumentem, może odstąpić od Umowy ubezpieczenia bez podania przyczyn, składając stosowne oświadczenie, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub doręczenia Polisy, jeżeli jest to termin późniejszy.
- Oświadczenie o odstąpieniu Ubezpieczający może złożyć za pośrednictwem Platformy lub pisemnie lub osobiście pod adresem: Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa.
- W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 4 powyżej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel świadczył Ochronę ubezpieczeniową.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

- Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego opłacania Składki za okres świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczający ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych oraz o zmianie Miejsca zamieszkania.
- Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony (lub inna osoba) może składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela (Formularz Zgłoszenia Roszczenia).
- Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia.
- W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, Ubezpie-

czający jest zobowiązany przekazać osobom przystępującym do Umowy ubezpieczenia dostarczone przez Ubezpieczyciela OWU oraz informacje, które postanowienia OWU określają przesłanki wypłaty odszkodowania, a także ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia, tj. informacje, o których mowa w art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Wspomniane wyżej informacje będą przekazywane przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, na piśmie, albo jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

- Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia oraz realizacji Świadczeń Assistance w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
- Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

- Wysokość Składki oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- Składki jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta na rachunek oraz w terminie określonym w fakturze VAT wystawionej przez PLAY na rzecz Ubezpieczającego z tytułu usług telekomunikacyjnych świadczonych przez PLAY w ramach UoŚUT (Składka jest wskazywana na fakturze wystawianej przez Play w związku z UoŚUT).
- Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem Składki, a Składka nie zostanie opłacona w terminie płatności, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki za okres, za który ponosił odpowiedzialność. W razie niewypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, wygasa ona z końcem Okresu ubezpieczenia, za który przypadła niezapłacona Składka, a Ubezpieczycielowi przysługuje Składka za cały okres udzielanej Ochrony ubezpieczeniowej.
- Wpłacenie kwoty niższej niż wynikająca z Umowy ubezpieczenia nie jest uznawane za opłacenie Składki.
- W przypadku wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej. Skrócenie umówionego okresu ochrony ubezpieczeniowej, niezależnie od przyczyny skrócenia, nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.



Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku równa jest 1 500 zł.
- Limity liczbowe i kwotowe Świadczeń Assistance w przypadku Nieszczęśliwego wypadku stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w całym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

- W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty pierwszego Świadczenia po 1 dniu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku z zastrzeżeniem Art. 11.
- W przypadku, gdy po zakończeniu 1 dniowego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust.1, Ubezpieczony przebywał w Szpitalu z tytułu tego samego Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie, po każdym 30 kolejnych dniach Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku z zastrzeżeniem Art.11.
- Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 3 Świadczenia, bez względu na liczbę Pobytów w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie wynosi 500 zł.
- Poniższa tabela określa maksymalne limity Świadczeń i Świadczeń Assistance w ciągu trwania Ochrony ubezpieczeniowej.

ZDARZENIE	ŚWIADCZENIE	STANDARD		PREMIUM	
		LICZBA ZDARZEŃ W CAŁYM OKRESIE TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	LIMIT NA ZDARZENIE	LICZBA ZDARZEŃ W CAŁYM OKRESIE TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	LIMIT NA ZDARZENIE
Pobyt w szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Świadczenie	-	3 x 500 zł	-	3 x 500 zł
		Suma ubezpieczenia 1500 zł		Suma ubezpieczenia 1500 zł	
Nieszczęśliwy wypadek	Świadczenia Assistance				
	Wizyta lekarza pierwszego kontaktu	1	500 zł	1	500 zł
	Wizyta pielęgniarki	-	-	2	400 zł
	Dostawa leków	-	-	2	400 zł
	Transport medyczny	1	1 500 zł (na wszystkie transporty)	2	1 500 zł (na wszystkie transporty)
	Pomoc psychologa	1	400 zł	2	400 zł
	Konsultacja lekarza specjalisty	1	800 zł	1	800 zł
	Specjalistyczne badania diagnostyczne	1	600 zł	1	1 000 zł
	Opieka po hospitalizacji	-	-	2	400 zł
	Organizacja konsultacji Dietetyka	-	-	4	organizacja
	Infolinia medyczna	Bez limitu	Bez limitu	Bez limitu	Bez limitu
	Infolinia Fitness	Bez limitu	Bez limitu	Bez limitu	Bez limitu
	Menadżer Rehabilitacji	-	-	1	5 000 zł
	Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	1	2 500 zł		
	Organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	1	400 zł	2	400 zł
	Dostawa sprzętu ortopedyczno-rehabilitacyjnego	1	400 zł	2	400 zł
Organizacja konsultacji profesjonalnego trenera fitness	-	-	4	organizacja	
Infolinia rehabilitacyjna	Bez limitu	Bez limitu	Bez limitu	Bez limitu	

SPÓSOB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ W PRZYPADKU POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W przypadku zajścia Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta, w formie pisemnej np. na odpowiednim formularzu zgłoszenia roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez uprawniony do tego organ, lub podmiot wydający oryginał dokumentu). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczane przez tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o Pobytku w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Pobytu w Szpitalu, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia,
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni kalendarzowych, licząc od daty otrzymania pisemnego zawiadomienia o Pobytku w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
 8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uprawnionego.
 9. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - a) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w Szpitalu (np.: karta informacyjna leczenia szpitalnego lub inny dokument, który wystawia Szpital w trakcie trwania pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu),
 - b) kopia dokumentu potwierdzającego wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raportu policyjnego, stosownego postanowienia prokuratora, protokołu z wypadku lub opisu zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia),
 - c) kopia dokumentu potwierdzającego dopuszczenie pojazdu do ruchu oraz kopia dokumentu potwierdzającego uprawnienia do kierowania pojazdem – w przypadku, gdy Ubezpieczony był prowadzącym pojazd,
 - d) kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego,
 - e) inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
- Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą kolejnego Świadczenia:
- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

- a) anestezjolog,
- b) neurochirurg,
- c) hematolog,
- d) ginekolog-endokrynolog,
- e) reumatolog,
- f) pulmonolog,
- g) onkolog,
- h) neurolog,
- i) kardiolog,
- j) gastrolog,
- k) nefrolog,
- l) diabetolog,
- m) chirurg onkolog,
- n) chirurg naczyniowy,
- o) alergolog,
- p) ginekolog,
- q) otolaryngolog,
- r) okulista,
- s) chirurg ogólny,
- t) dermatolog,
- u) ortopeda.

Z konsultacji lekarzy specjalistów w ramach przewidzianego limitu Ubezpieczony może skorzystać raz w całym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli zostało to zalecone przez Lekarza prowadzącego leczenie lub Lekarza Centrum Alarmowego.

- 7) **Specjalistyczne badania diagnostyczne** – jeżeli Ubezpieczony na skutek Nieszczęśliwego wypadku wymaga wykonania specjalistycznych badań i jeżeli badania takie są niezbędne w celu zdiagnozowania schorzenia i zalecane przez Lekarza prowadzącego leczenie lub Lekarza Centrum Alarmowego to Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty specjalistycznych badań, takich jak:
 - a) badanie PET,
 - b) badania laboratoryjne,
 - c) biopsje i badania endoskopowe,
 - d) badania radiologiczne z kontrastem lub bez,
 - e) tomografia komputerowa z kontrastem lub bez,
 - f) rezonans magnetyczny z kontrastem lub bez,
 - g) ultrasonografia.
- 8) **Opieka po hospitalizacji** – jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał najmniej 5 dni, Centrum Alarmowe zapewnia organizację i pokrycie do wysokości ustalonego limitu kosztów opieki po hospitalizacji (w godzinach od 8:00 do 17:00) w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, zgodnie z poniższym zakresem:
 - a) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - b) codzienne porządki domowe,
 - c) dostawa oraz przygotowanie posiłków,
 - d) opieka nad zwierzętami domowymi, przez które rozumie się kota lub psa należącego do ras domowych, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - e) podlewanie kwiatów.

Zakres świadczenia obejmuje wyłącznie dostawę wyżej wymienionych artykułów, bez kosztów samych produktów, które pokrywa Ubezpieczony.
- 9) **Organizacja konsultacji dietetyka** – na życzenie Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe organizuje konsultację z profesjonalnym dietetykiem. Koszt konsultacji pokrywa Ubezpieczony.
- 10) **Infolinia medyczna** – na życzenie Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje:
 - a) Baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - b) Baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - c) Baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
 - d) Baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - e) Baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
 - f) Baza danych placówek opieki społecznej,
 - g) Baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - h) Działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - i) Informację o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - j) Informację medyczną o danym schorzeniu, zastosowanym le-

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

1. Świadczenia Assistance, niezależnie od Świadczeń opisanych w Artykule 10, realizowane są w przypadku Nieszczęśliwego wypadku. O sposobie realizacji poszczególnych świadczeń decyduje Lekarz Centrum Alarmowego w porozumieniu z Ubezpieczonym.
2. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego organizuje lub organizuje i pokrywa koszty następujących Świadczeń Assistance:
 - 1) **Wizyta Lekarza** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium lekarza pierwszego kontaktu za wizytę domową, bądź organizuje i pokrywa koszty wizyty w najbliższej placówce medycznej;
 - 2) **Wizyta pielęgniarki** – zgodnie z zaleceniami lekarza Centrum Alarmowego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w godzinach 8:00 – 17:00 i pokrywa jej honorarium po co najmniej 5-dniowym Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 3) **Dostawa leków** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia z powodu Nieszczęśliwego wypadku po co najmniej 5-dniowym Pobycie w Szpitalu, a leki zostały przepisane Ubezpieczonemu przez Lekarza prowadzącego leczenie. Świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką pomoc zagwarantować. Koszt zakupu leków pokrywa Ubezpieczony.
 - 4) **Transport medyczny** – w przypadkach niewymagających interwencji pogotowia ratunkowego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty:
 - a) transportu do placówki medycznej oraz transportu powrotnego;
 - b) transportu na wizytę kontrolną oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania – jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 5 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego powinien udać się na wizytę kontrolną do placówki medycznej, a ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem;
 - c) transportu ze Szpitala do Miejsca zamieszkania (jeżeli Pobyt w Szpitalu trwał dłużej niż 5 dni);
 - d) transportu pomiędzy placówkami medycznymi – realizowane na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Alarmowego i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego.
 - 5) **Pomoc psychologa** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszt dojazdu do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz honorarium psychologa, jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku taka pomoc jest niezbędna i zalecana przez Lekarza prowadzącego. Świadczenie przysługuje do 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku.
 - 6) **Konsultacja lekarza specjalisty** – jeżeli Ubezpieczony na skutek Nieszczęśliwego wypadku wymaga konsultacji lekarza specjalisty i jeżeli konsultacja taka jest niezbędna i zalecana przez Lekarza prowadzącego leczenie lub Lekarza Centrum Alarmowego to Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty u lekarzy specjalistów, w zależności od zalecenia lekarza:

- czeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
- k) Informację farmaceutyczną o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - l) Informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach:
 - bezglutenowej,
 - bogatoresztkowej,
 - cukrzycowej,
 - ubogobiałkowej,
 - bogatobiałkowej,
 - niskocholesterolowej,
 - niskokalorycznej,
 - redukcyjnej,
 - wątrobowej,
 - wrzodowej,
 - m) Informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - n) Informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
 - o) Instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych:
 - gastroscopia,
 - kolonoskopia,
 - koronografia,
 - rezonans magnetyczny,
 - ultrasonografia,

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

11) **Infolinia fitness** – na życzenie Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje:

- a) uwarunkowania zdrowotne i przeciwwskazania w uprawianiu konkretnej dyscypliny sportu,
- b) różnorodne formy aktywności ruchowej i związane z tym uwarunkowania dla kobiet w ciąży,
- c) nawyki żywieniowe, błędy żywieniowe, pomoc w zrozumieniu procesów i reakcji zachodzących w organizmie,
- d) adresy klubów sportowych, salonów kosmetycznych, salonów SPA i basenów w najbliższej okolicy,
- e) imprezy i wydarzenia sportowe, odbywające się w kraju jak i zagranicą,
- f) adresy sklepów sportowych,
- g) dane teledresowe oraz ceny wypożyczalni profesjonalnego sprzętu.

3. Świadczenia w ramach Pakietu Rehabilitacyjnego, wymienione poniżej realizowane są raz w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej (z wyłączeniem konsultacji trenera personalnego) i mogą być wykorzystane przez Ubezpieczonego w ciągu 6 miesięcy od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku w przypadku stwierdzenia uszczerbku na zdrowiu.

1) **Manager rehabilitacji** – Centrum Alarmowe na podstawie przesłanej dokumentacji medycznej przygotowuje plan rehabilitacji, a następnie w oparciu o pisemne zalecenia Lekarza prowadzącego, organizuje i pokrywa koszty wizyt fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego albo wizyt Ubezpieczonego w najbliższej Miejsku zamieszkania Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej w zakresie poniżej wymienionych procedur rehabilitacyjnych:

- a) ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
- b) ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
- c) techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF) jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje
- d) wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: trakcja mechaniczna
- e) rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów
- f) zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: diatermia
- g) zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: podcierwień (sollux)
- h) zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: ultrafiolet
- i) zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: ultradźwięki
- j) zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: jonoforeza
- k) galwanizacja

- l) elektrostymulacja
 - m) tonaliza
 - n) prądy diadynamiczne
 - o) prądy interferencyjne
 - p) prądy Kotza
 - q) prądy Tens
 - r) prądy Traberta
 - s) impulsowe pole magnetyczne
 - t) laseroterapia (skaner, punktowo)
 - u) zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów:
 - v) okłady ciepłe lub zimne (termożele).
- 2) **Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji** – jeżeli Ubezpieczony na skutek Nieszczęśliwego wypadku wymaga rehabilitacji, potwierdzonej pisemnie przez Lekarza prowadzącego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty wizyt specjalisty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub organizuje i pokrywa koszty transportu oraz wizyt Ubezpieczonego w najbliższej poradni rehabilitacyjnej.
- 3) **Organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum Alarmowego, opartym na podstawie dokumentacji medycznej, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Centrum Alarmowe organizuje jego wypożyczenie lub zakup. Koszty sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa Ubezpieczony.
- 4) **Dostawa sprzętu medyczno – rehabilitacyjnego** – zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum Alarmowego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dostarczenia Drobnoego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Usługa realizowana jest w przypadku, gdy Ubezpieczony powinien leżeć zgodnie z dokumentacją medyczną. Koszt sprzętu jest pokrywany przez Ubezpieczonego.
- 5) **Organizacja konsultacji profesjonalnego trenera fitness** – na życzenie Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe organizuje konsultacje profesjonalnego trenera fitness, który ułoży dopasowany indywidualnie do potrzeb Ubezpieczonego plan treningowy pozwalający wrócić mu do formy. Koszt konsultacji oraz planu treningowego pokrywa Ubezpieczony.
- 6) **Infolinia rehabilitacyjna** – Centrum Alarmowe na życzenie Ubezpieczonego udostępni informacje dotyczące:
- a) zespołów bólowych i neuralgii,
 - b) dolegliwości bólowych w odcinkach: szyjnym, piersiowym oraz lędźwiowo – krzyżowym kręgosłupa,
 - c) chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa i stawów,
 - d) zaburzeń postawy, wad wrodzonych,
 - e) fizjoterapii interwencyjnej (postępowania w nagłej sytuacji),
 - f) zabiegów fizykalnych,
 - g) diagnostyki obrazowej – pomoc w interpretacji wyników,
 - h) diagnostyki – jaki rodzaj badań należy wykonać i gdzie,
 - i) dostępnych środków pomocniczych i ortopedycznych,
 - j) zasad zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
 - k) informacji medycznej o zastosowanym leczeniu – wskazania/przeciwwskazania,
 - l) informacji farmaceutycznej o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów profilaktyki dolegliwości bólowych i schorzeń kręgosłupa,
 - m) uprawnień osób niepełnosprawnych,
 - n) zagadnień związanych z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych,
 - o) danych teledresowych poradni, placówek rehabilitacyjnych i sanatoriów na terenie RP,
 - p) danych teledresowych (oddziałów Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych, Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, starostw i urzędów marszałkowskich, powiatowych i wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności, jednostek samorządowych stworzonych na potrzeby osób niepełnosprawnych),
 - q) danych teledresowych sklepów, zakładów i wypożyczalni sprzętu ortopedycznego,
 - r) zasad uzyskania refundacji do sprzętu ortopedycznego i przedmiotów pomocniczych ze środków NFZ,
 - s) zasad uzyskania refundacji do sprzętu ortopedycznego i przedmiotów pomocniczych ze środków instytucji (PFRON/PCPR/MOPS/MOPR),
 - t) zasad ubiegania się o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, do sanatoriów oraz zasad uzyskania dofinansowania.

Zakres tematyczny odpowiada najważniejszym informacjom, o jakie zabiegają pacjenci w poszukiwaniu doraźnej pomocy oraz pomocy w schorzeniach kręgosłupa i narządu ruchu. Informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego. Nie mogą być

traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza Centrum Alarmowego i Centrum Alarmowego.

art. 13

LISTA SPORTÓW

1. Ubezpieczyciel również obejmuje Ochroną ubezpieczeniową Nieszczęśliwy wypadek, który był następstwem Amatorskiego uprawiania poniższych sportów:
 - Aerobik,
 - Badminton,
 - Baseball,
 - Biathlon,
 - Biegi narciarskie,
 - Bilard/snooker,
 - Box Aerobic,
 - Brydż,
 - Fitness,
 - Fun ball,
 - Frisbee,
 - Gimnastyka,
 - Golf,
 - Golf na śniegu,
 - Hokej na trawie,
 - Jazda na łyżwach,
 - Joga,
 - Jogging,
 - Jazda na rowerze,
 - Koszykówka,
 - Krykiet,
 - Kyudo,
 - Kręgle,
 - Lekkoatletyka,
 - Łucznictwo,
 - Maraton klasyczny,
 - Myślistwo,
 - Marsz, spacer do 2500 m n.p.m.,
 - Narciarstwo wodne,
 - Nordic walking,
 - Piłka nożna,
 - Piłka ręczna,
 - Piłka siatkowa,
 - Piłka wodna,
 - Rzutki,
 - Skoki na trampolinie,
 - Skutery wodne,
 - Snorkeling,
 - Squash,
 - Strzelectwo,
 - Surfing,
 - Szwermierka,
 - Szachy,
 - Taniec,
 - Tenis.
 - Tenis stołowy,
 - Unihokej,
 - Wakeboarding,
 - Windsurfing,
 - Wioślarstwo,
 - Wrotki,
 - Wędkarstwo,
 - Żeglarsstwo morskie do 12mil morskich od brzegu.
2. W przypadku Świadczeń Assistance Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte Zdarzenia powstałe w następstwie:
 - a) uczestnictwa w wyprawach i obozach survivalowych,
 - b) uprawiania sportów innych niż wymienione w Art 13 – Lista Sportów,
 - c) udziału w zawodach sportowych oraz zarobkowego uprawiania sportów,
 - d) wyczynowego uprawiania sportów,
 - e) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi nielicencjonowanych linii lotniczych,
 - f) pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa,
 - g) Niezastosowania się do przeciwwskazań medycznych do uprawiania jakiegokolwiek dyscypliny sportowej.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów Świadczeń Assistance powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - a) leczenia niezwiązanego z pomocą medyczną, udzieloną w przypadku nieszczęśliwego wypadku,
 - b) chorób przewlekłych,
 - c) rekonwalescencji Ubezpieczonego lub schorzeń w trakcie leczenia, które nie zostały wyleczone,
 - d) nagłego pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacji w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej,
 - e) kosztów konsultacji, leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej i kosmetyki oraz ich następstw,
 - f) leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego, szczenię, a także leczenia dentystycznego, urazów niewymagających udzielenia natychmiastowej, niezbędnej pomocy medycznej,
 - h) wypadków wynikających z zabiegów lub leczenia nie uznanego w sposób naukowy i medyczny,
 - i) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Alarmowego.
4. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są ponadto:
 - a) koszty leczenia i rehabilitacji rozpoczętych przed zawarciem Umowy ubezpieczenia,
 - b) koszty implantacji i implantów,
 - c) koszty leczenia chorób wrodzonych oraz ich następstw,
 - d) koszty świadczeń medycznych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - e) kosztów transportu medycznego, o ile koszty transportu mogą być pokryte z ubezpieczenia zdrowotnego,
 - f) leczenie oraz transport w przypadku, gdy stan zdrowia ubezpieczonego wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego.
 - g) szkody spowodowane umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem Ubezpieczonego lub osoby wspólnie z nim zamieszkującej i prowadzącej gospodarstwo domowe z Ubezpieczonym oraz osoby, za które Ubezpieczony faktycznie oraz z mocy przepisów prawa lub zwyczajów ponosi odpowiedzialność,
 - h) następstwa zdarzeń, które miały miejsce przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożność wykonania świadczeń zaistniałe z przyczyn zewnętrznych, niezależnych od Centrum Alarmowego i mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenie.

art. 14

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w następstwie:
 - a) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) próby samobójstwa;
 - c) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - d) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - e) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu (nie dotyczy to braku aktualnych badań technicznych pojazdu, chyba że przyczyną wypadku komunikacyjnego był stan techniczny pojazdu);
 - f) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;

TRYB POSTĘPOWANIA W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA OBJĘTEGO OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH ŚWIADCZENIA ASSISTANCE, TERMINY LIKWIDACJI SZKODY I ZWROTU KOSZTÓW

1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia objętego Ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony powinien niezwłocznie (przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie) skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu: (22) 203 79 54, czynnym całą dobę, dostępnym z telefonów komórkowych i stacjonarnych oraz podać następujące informacje:
 - a) numer polisy,
 - b) imię i nazwisko,
 - c) datę urodzenia,
 - d) numertelefonu, pod którym Centrum Alarmowe może skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą przez niego wyznaczoną,
 - e) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy,
 - f) wszelkie inne informacje niezbędne do realizacji Świadczeń Assistance.
2. Ponadto Ubezpieczony powinien:
 - a) udzielić pracownikowi Centrum Alarmowego wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakre-

art. 15

- su świadczeń Ubezpieczyciela,
 - b) podać okoliczności Zdarzenia, zebrać i zabezpieczyć dowody ustalające okoliczności Zdarzenia,
 - c) użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia szkody oraz niedopuszczenia do jej zwiększenia,
 - d) udzielić specjalistcie lub Lekarzowi przysłanemu przez Centrum Alarmowe wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
 - e) nie powierzać wykonania Świadczeń Assistance, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel innym osobom, chyba że Centrum Alarmowe wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę,
 - f) podjąć współpracę oraz umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych w celu ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia.
3. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z postanowień określonych w ust. 1, Ubezpieczyciel może odmówić organizacji lub odpowiednio zmniejszyć świadczenia określone w Art. 2, o ile naruszenie to przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
 4. Niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1, Centrum Alarmowe informuje Ubezpieczonego, czy na podstawie przekazanych przez niego informacji, uzasadnione jest zlecenie wykonania usługi, świadczonej w ramach ubezpieczenia assistance, a w razie decyzji pozytywnej – zleca wykonanie takiej usługi.
 5. Jeżeli brak jest podstaw do wykonania usługi świadczonej w ramach ubezpieczenia assistance lub może być ona świadczona w innym zakresie niż określony w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 1. Ubezpieczonemu przekazywana jest informacja ze wskazaniem okoliczności i podstaw prawnych uzasadniających całkowitą lub częściową odmowę wykonania usługi.
 6. W celu wypłaty zwrotu poniesionych kosztów, Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać wniosek do Centrum Alarmowego na adres:

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

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

art. 16

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361, z późn. zm.).
3. W przypadku osób prawnych, świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 851, z późn. zm.).

art. 17

ROZPATRYWANIE SKARG

1. Skargi mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za po-

średnictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.

2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi w formie oraz w miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Skargę Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2 niniejszego artykułu, Ubezpieczyciel wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia, których zależy rozpatrzenie Skargi, a także określa przewidywany termin rozpatrzenia Skargi i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Skargi.
4. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę do Dyrekcji Ubezpieczyciela.
5. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
6. Osoba składająca Skargę ma prawo złożyć Skargę osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Skargi załączy pełnomocnictwo udzielone w formie pisemnej przez Osobę składającą Skargę.
7. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
8. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
9. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania Skargi, Osoba składająca Skargę powinna podać swoje imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz ewentualnie inne dane pozwalające na kontakt ze strony Ubezpieczyciela.
10. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
11. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Sprawy sporne, wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

SYSTEM MONETARNY

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Cardif Assurances Risques Divers S.A. jako administrator danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.:Dz.U.2016 r. poz.922) zbieranych w związku z zawarciem i realizacją Umowy ubezpieczenia, informuje, że zebrane dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:
 - 1) związanych z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, w tym w szczególności w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i ustalenia wypłaty odszkodowania;
 - 2) wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych archiwalnych.
2. W przypadku przetwarzania danych osobowych drogą elektroniczną Ubezpieczyciel kieruje się unormowaniami ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j.: Dz.U. z 2017 poz.1219).
3. Przetwarzane przez Ubezpieczyciela dane osobowe zebrane w celu realizacji Umowy ubezpieczenia są objęte tajemnicą ubezpieczeniową.
4. Zebrane dane osobowe będą udostępniane uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych przepisami prawa oraz reasekuratorom współpracującym z Ubezpieczycielem.
5. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do zawarcia Umowy ubezpieczenia

art. 18


art. 19


art. 20


7. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pomoc dla Sportowców” o indeksie P4/NNW_3_1.0/2017, zatwierdzone przez Dyрекcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 21 listopada 2017 roku, wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2017 roku.
8. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Dyrektor Oddziału
Pascal Perrier



 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce
pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa

 Telefon: +48 22 529 17 09
Fax: +48 22 529 01 01

 E-mail, gdy chcesz zgłosić wniosek o wypłatę świadczenia: roszczenia@cardif.pl
E-mail, gdy chcesz złożyć skargę: reklamacje@cardif.pl

 Nasza strona internetowa z formularzem kontaktu:
www.cardif.pl



Kontakt z nami