



# Ogólne warunki ubezpieczenia



Wierzmy w Twój plan

Ubezpieczenie Pakiet Zdrowie  
dla Klientów Providenta  
indeks PZ/2018/03







## Analiza Potrzeb Klienta

UWAGA: Analizę należy przeprowadzić i wypełnić formularz każdorazowo przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Imię

Nazwisko

1. Czy jest Pan/Pani zainteresowany/-a ochroną ubezpieczeniową polegającą na ochronie Pana/Pani zdrowia i życia w zakresie pobytu w szpitalu lub złamania kości?  Tak  Nie
2. Czy jest Pan/Pani zainteresowany/-a ochroną ubezpieczeniową w zakresie usług medycznych w przypadku nagłego zachorowania albo nieszczęśliwego wypadku?  Tak  Nie
3. Czy jest Pan/Pani zainteresowany/-a rozszerzeniem ochrony ubezpieczeniowej dla Pana/Pani dzieci/wnuków w powyższym zakresie oraz odpowiedzialności cywilnej dziecka/wnuka?  Tak  Nie

                                
Data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Klienta (podpis powinien być zgodny ze złożonym na Wnioskopolisie)



# Ubezpieczenie zdrowia i OC dziecka dla Klientów Provident Polska S.A.



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., Polska  
Nr zezwolenia: NU/DPL/401/41/58/06/WR, DNS/602/121/17/08/09/RC

Produkt: Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Zdrowie dla Klientów Providenta – indeks PZ/2018/03

Pełne informacje podawane przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia podane są w innych dokumentach, w szczególności w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Pakiet Zdrowie dla Klientów Providenta – indeks PZ/2018/03, zatwierdzonych uchwałą Zarządu nr 1/29/03/2018 z dnia 29 marca 2018 r. (OWU) oraz w załączniku – Regulaminie usług medycznych (Regulamin).

## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe, w następujących grupach ryzyk według załącznika do ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Dział II: Grupa 1 – Ubezpieczenia wypadku, w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej: (1) świadczenia jednorazowe; (2) świadczenia powtarzające się; (3) połączone świadczenia, o których mowa w pkt 1 i 2; (4) przewóz osób; Grupa 2 – Ubezpieczenia choroby: (1) świadczenia jednorazowe; (2) świadczenia powtarzające się; (3) świadczenia kombinowane; Grupa 13 – Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej) nieujętej w grupach 10–12.



## Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące ryzyka:

- ✓ w przypadku Ubezpieczonych, którzy nie ukończyli 75. roku życia – Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, trwający nieprzerwanie min. 3 dni, z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek lub w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia; suma ubezpieczenia: 12 600 PLN;
- ✓ w przypadku Ubezpieczonych, którzy ukończyli 75. rok życia – Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, trwający min. 3 dni, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia; suma ubezpieczenia: 25 200 PLN;
- ✓ w przypadku wszystkich Ubezpieczonych zakres ubezpieczenia obejmuje następujące ryzyka:
  - złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku; suma ubezpieczenia: grupa I – 200 PLN, grupa II – 500 PLN, grupa III – 1500 PLN,
  - zaistnienie Potrzeby medycznej lub zajście Zdarzenia medycznego (Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania), które uprawniają Ubezpieczonego odpowiednio do skorzystania z Medycznej Platformy Informacyjnej albo zorganizowania lub pokrycia kosztów świadczeń medycznych zgodnie z Regulaminem (zgodnie z zapisami Regulaminu usług medycznych: Wizyta lekarza pierwszego kontaktu – limit 6 wizyt, Dostarczenie leków – limit 3 świadczeń; Refundacja leków – limit 3 świadczeń maks. do 400 PLN na jedno zdarzenie; Wizyta u lekarza specjalisty – limit 6 wizyt; Wizyta u lekarza rehabilitacji – limit 2 wizyt; Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu – limit 2 wizyt; Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego – limit 1 raz maks. do 300 zł; Transport do placówki medycznej – limit 2 razy; Transport z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania – limit 2 razy; Transport pomiędzy Placówkami medycznymi – limit 2 razy; Wizyta pielęgniarki w Miejscu pobytu – limit 2 razy; Medyczna Platforma Informacyjna – bez limitu).

Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o jeden z dwóch wariantów: Wariant Dziecko albo Wariant Dzieci, które obejmują:

- ✓ Pobyt Dziecka w szpitalu, trwający nieprzerwanie min. 3 dni, z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek; suma ubezpieczenia – 12 600 PLN;
- ✓ Pobyt Dziecka w szpitalu, trwający nieprzerwanie min. 3 dni, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Dziecka, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia; suma ubezpieczenia 25 200 PLN;
- ✓ złamanie kości Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia; suma ubezpieczenia: grupa I – 200 PLN, grupa II – 500 PLN, grupa III – 1500 PLN;



## Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Śmierci.
- ✗ Uszczerbku na zdrowiu.
- ✗ Wykonywania Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała.
- ✗ Diagnozy nowotworów przedinwazyjnych (carcinoma in situ), dysplazji oraz wszelkich zmian przedrakowych.
- ✗ Diagnozy wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.



## Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:

- ! spożycia przez Ubezpieczonego lub Dziecko alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>;
  - ! zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
  - ! udziału Ubezpieczonego lub Dziecka w sportach wysokiego ryzyka, które są wymienione w OWU;
  - ! złamania patologicznego, tzn. złamania powstałego wskutek istniejących wcześniej stanów chorobowych kości, oraz złamania podokostnowego (tzw. pęknięcia kości), oraz z tytułu złamania kości, które jest skutkiem Chorób zdiagnozowanych lub niepełnosprawności Ubezpieczonego zdiagnozowanych lub leczonych przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- W przypadku Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności:
- ! jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka było rozpoznane lub leczone przed Datą objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
  - ! za Poważne zachorowanie Dziecka, którego objawy rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Datą objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będące przyczyną wystąpienia Poważnego zachorowania Dziecka w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.



## cd. Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ rozpoznanie lub wystąpienie Poważnego zachorowania Dziecka; suma ubezpieczenia – 5000 PLN; wyrządzenie Szkodы Rzeczowej (uszkodzenie lub zniszczenie rzeczy wraz ze stratami w ich następstwie) lub Osobowej (śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia wraz z uszczerbkiem poniesione w ich następstwie) przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko; suma gwarancyjna – 8500 PLN;
- ✓ zaistnienie Potrzeby medycznej lub zajście Zdarzenia medycznego (Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Dziecka), które uprawniają odpowiednio do skorzystania na rzecz Dziecka z Medycznej Platformy Informacyjnej lub ze zorganizowania lub zorganizowania i pokrycia Dziecku kosztów świadczeń medycznych zgodnie z Regulaminem: Wizyta lekarza pierwszego kontaktu – limit 6 wizyt, Dostarczenie leków – limit 3 świadczeń; Refundacja leków – limit 3 świadczeń maks. do 400 PLN na jedno zdarzenie; Wizyta u lekarza specjalisty – limit 6 wizyt; Wizyta u lekarza rehabilitacji – limit 2 wizyt; Wizyta fizjoterapeuty w miejscu pobytu – limit 2 wizyt; Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego – limit 1 raz maks. do 300 zł; Transport do placówki medycznej – limit 2 razy; Transport z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania – limit 2 razy; Transport pomiędzy Placówkami medycznymi – limit 2 razy; Wizyta pielęgniarki w Miejscu pobytu – limit 2 razy; Medyczna Platforma Informacyjna – bez limitu.



## cd. Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie Odpowiedzialność cywilnej Dziecka lub Opiekuna Prawnego Dziecka:

- ! jeżeli szkoda powstała z tytułu spożycia przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>.

Wyłączenia związane ze Zdarzeniami medycznymi:

- ! z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są Zdarzenia medyczne, które są skutkiem Chorób zdiagnozowanych, Chorób przewlekłych, jak też chorób rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 12 pierwszych miesięcy od tego dnia;
- ! ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów: leczenia obrażeń ciała lub chorób, których zaistnienie nie jest związane ze Zdarzeniem medycznym; leczenia sanatoryjnego.



## Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Zdarzenia medyczne, czyli Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachorowanie, uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego przez Ubezpieczonego lub Dziecko – terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ✓ W zakresie Odpowiedzialności cywilnej Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka – szkody powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ✓ W pozostałym zakresie – cały świat.



## Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Klient, który zawarł umowę ubezpieczenia obowiązany jest do:

- podania do wiadomości Towarzystwa wszystkich okoliczności, o które Towarzystwo pyta we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- prawidłowego wypełnienia dokumentu Wnioskopolisy oraz złożenia odpowiednich oświadczeń;
- terminowego opłacania Składki.



## Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka jest płatna jednorazowo z góry przez Ubezpieczającego, na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa, za pośrednictwem Agenta, tj. Provident Polska S.A.



## Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia jest zawierana na Okres ubezpieczenia wskazany we Wnioskopolisie. Okres trwania Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się z chwilą jej zawarcia.

Ochrona ubezpieczeniowa Towarzystwa rozpoczyna się: w przypadku zawarcia konsumenckiej umowy pożyczki – następnego dnia po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po dniu zawarcia konsumenckiej umowy pożyczki, pod warunkiem zapłaty Składki w pełnej wysokości nie później niż w terminie zawarcia umowy pożyczki, a w pozostałych przypadkach – następnego dnia po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki w pełnej wysokości w terminie 7 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa:

- z tytułu Pobytu w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek oraz Zdarzeń medycznych – rozpoczyna się po upływie 14 dni od dnia rozpoczęcia ochrony, wskazanego powyżej, a z tytułu Poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony, wskazanego powyżej.

Okres trwania Umowy ubezpieczenia kończy się z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:

- śmierci Ubezpieczonego, śmierci Opiekuna prawnego Dziecka – w zakresie, w którym dotyczy ochrony udzielanej Opiekunowi prawnemu Dziecka;
- śmierci Dziecka – w Wariantcie Dziecko w zakresie, w którym dotyczy ochrony udzielanej Opiekunowi prawnemu Dziecka oraz Dziecku;
- śmierci wszystkich Dzieci – w Wariantcie Dzieci w zakresie, w którym dotyczy ochrony udzielanej Opiekunowi prawnemu Dziecka oraz Dzieciom;
- odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
- z dniem następującym po złożeniu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
- zakończenia Okresu ubezpieczenia;
- ukończenia 98. roku życia przez Ubezpieczonego.



## Jak rozwiązać umowę?

Odstępując od niej w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia lub wypowiedzając ją – rozwiązanie umowy następuje z upływem dnia następującego po dniu, w którym Klient, który zawarł Umowę ubezpieczenia, złoży wypowiedzenie Towarzystwu.



## Informacja

### dotycząca agenta ubezpieczeniowego

1. Agent ubezpieczeniowy Provident Polska S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4a (00-189), dalej: Provident Polska.
2. Provident Polska działa jako agent ubezpieczeniowy i wykonuje czynności agencyjne na rzecz następujących zakładów ubezpieczeń:
  - 1) AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867), ul. Chłodna 51;
  - 2) AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867), ul. Chłodna 51.
3. Provident Polska wpisany jest do rejestru agentów pod numerem 11235060/A. Rejestr dostępny jest na stronie internetowej pod adresem [https://au.knf.gov.pl/Au\\_online/](https://au.knf.gov.pl/Au_online/)  
Wpis do rejestru agentów można sprawdzić, wchodząc na stronę internetową Komisji Nadzoru Finansowego pod adres [https://au.knf.gov.pl/Au\\_online/](https://au.knf.gov.pl/Au_online/) i wpisując wymagane dane, tj. numer wpisu oraz nazwę agenta.
4. Provident Polska nie posiada akcji ani udziałów żadnego zakładu ubezpieczeń uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu, ani też żaden zakład ubezpieczeń nie posiada akcji/udziałów Provident Polska uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu / zgromadzeniu wspólników.
5. W związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia Provident Polska otrzymuje następujące wynagrodzenie:
  - 1) prowizję;
  - 2) dodatkowe wynagrodzenie na zasadach określonych w umowie agencyjnej, którego otrzymanie uzależnione jest od wskaźnika jakości portfela.
6. Klient ma prawo złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz możliwość złożenia wniosku o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w sposób określony właściwymi przepisami prawa lub w sposób wskazany przez Towarzystwo w umowie ubezpieczenia zawieranej z Klientem.





# Pakiet Zdrowie dla Klientów Providenta



## Drogi Kliencie,

Podczas powrotu do zdrowia po chorobie lub wypadku uzyskanie szybkiej i profesjonalnej pomocy jest bardzo ważne. Pakiet Zdrowie zapewnia wszechstronne wsparcie, także finansowe, właśnie w takich trudnych sytuacjach.

Przekazujemy w Twoje ręce komplet informacji dotyczący Pakietu Zdrowie. Zachęcamy do zapoznania się z pełnym zakresem świadczeń medycznych i finansowych w ramach ubezpieczenia.

W materiale znajdziesz również informacje, kiedy i na jakich zasadach możesz skorzystać ze świadczeń oraz w jaki sposób to zrobić.

**Życzymy dużo zdrowia!**



## Czym wyróżnia się nasz Pakiet Zdrowie i kiedy może się przydać?

### Szeroki zakres usług medycznych, z których można skorzystać w przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku

- pomoc dostosowana do realnych potrzeb podczas choroby lub nieszczęśliwego wypadku, m.in. wizyty lekarskie, pomoc fizjoterapeuty i pielęgniarki, transport medyczny oraz dowóz i refundacja leków
- szybki i wygodny dostęp do usług medycznych zamawianych na infolinii medycznej czynnej całą dobę przez siedem dni w tygodniu
- możliwość skorzystania z usług medycznych zarówno w miejscu zamieszkania, jak i podczas podróży lub wakacji na terenie Polski

### Możliwość objęcia ochroną dzieci

#### Wsparcie finansowe w trudnych sytuacjach losowych

- szeroki zakres zdarzeń objętych ochroną: pobyt w szpitalu, złamania, poważne zachorowanie, odpowiedzialność cywilna dziecka
- minimum formalności i wypłata bezspornej części świadczenia w terminie do 30 dni roboczych od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego



## Jaki zakres ochrony i usług obejmuje ubezpieczenie?

### Świadczenia ubezpieczeniowe związane z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą

Pobyt Ubezpieczonego lub dziecka w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek	12 600 PLN (70 zł/dzień, od 3. dnia pobytu)
Pobyt Ubezpieczonego lub dziecka w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	25 200 PLN (140 zł/dzień, od 3. dnia pobytu)
Złamanie kości Ubezpieczonego lub dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku:	
grupa I	200 PLN
grupa II	500 PLN
grupa III	1 500 PLN
Poważne zachorowanie dziecka	5 000 PLN
Odpowiedzialność cywilna dziecka lub opiekuna prawnego dziecka	8 500 PLN

Wypełniony formularz wniosku o wypłatę świadczenia, który jest dołączany do OWU, wraz z niezbędną dokumentacją należy wysłać na adres:



**AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.**  
**ul. Chłodna 51**  
**00-867 Warszawa**  
**z dopiskiem: Obszar Bancassurance**



W razie pytań zadzwoń pod numer 801 200 200\*

### Świadczenia medyczne związane z nieszczęśliwym wypadkiem oraz nagłym zachorowaniem

Informacja	Medyczna Platforma Informacyjna	Bez limitów
Wizyta	wizyta lekarza pierwszego kontaktu w miejscu przebywania Ubezpieczonego	maks. 6 w okresie ochrony
	wizyta u lekarza specjalisty	maks. 6 w okresie ochrony
	wizyta u lekarza rehabilitacji	2 razy w roku
	wizyta fizjoterapeuty w miejscu przebywania Ubezpieczonego	2 razy w roku
	wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki
Transport	transport medyczny z miejsca zamieszkania do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów
	transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania (transport powrotny)	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów
	transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi (zgodnie ze wskazaniami lekarza prowadzącego)	2 razy w roku: zorganizowanie + pokrycie kosztów
Dodatkowe	refundacja leków (tylko w połączeniu z dostarczeniem leków)	maks. 3 w okresie ochrony, maks. 400 zł na zdarzenie
	dostarczenie leków	maks. 3 w okresie ochrony
	dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego	maks. 1 raz w okresie ochrony, maks. 500 zł

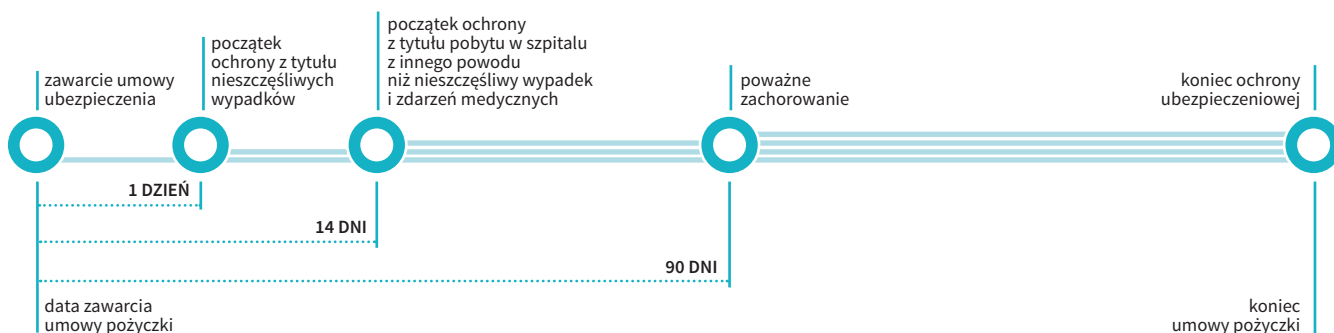


### Zamówienie świadczenia

Zadzwoń pod numer 22 575 95 97\* (całodobowa infolinia medyczna 7 dni w tygodniu)



### Jak długo trwa ochrona?



\* koszt połączenia wg taryf poszczególnych operatorów telefonicznych



## Proste kroki do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia i korzystanie ze świadczeń medycznych

Poznaj przykładowe sytuacje, w których możesz korzystać ze świadczeń i wsparcia finansowego.

Zobacz, jak łatwo i szybko można skorzystać z pomocy, na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia.

Szczegóły Twojej ochrony, w tym wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności AXA, zostały określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia, które otrzymałeś od Doradcy.



W razie pytań zadzwoń pod numer **801 200 200\***

**Gdy nagle zachorujesz lub ulegniesz nieszczęśliwemu wypadkowi, zamów wizytę lekarza pierwszego kontaktu, nawet poza miejscem swojego zamieszkania, ale na terenie Polski.**



Zadzwoń pod numer **22 5759597\***. To całodobowa infolinia medyczna czynna 7 dni w tygodniu. Przed rozmową przygotuj swój numer PESEL i numer kontaktowy do obsługi zlecenia. Konsultant zapyta o okoliczności zdarzenia, aby określić zakres możliwej pomocy medycznej.

Konsultant ustali, jakiej pomocy potrzebujesz. Jeśli wystarczy wizyta lekarza pierwszego kontaktu, infolinia medyczna rozpocznie procedurę umawiania wizyty.

Po wizycie, jeśli lekarz wystawi receptę, a Ty zgodnie z zaleceniem lekarza, z uwagi na swój stan zdrowia, nie możesz opuścić miejsca pobytu i zgłosisz ten fakt przez infolinię medyczną, zajmiemy się zakupem lekarstw i ich dostarczeniem. Pokryjemy wtedy koszty zakupów lekarstw z recepty do wartości 400 zł.

Jeśli konieczna będzie wizyta u lekarza specjalisty, lekarz pierwszego kontaktu wystawi skierowanie. Zadzwoń na infolinię medyczną, która umówi dla Ciebie bezpłatną wizytę.

**W przypadku złamania możesz otrzymać świadczenie pieniężne.**

Wypełnij wniosek o wypłatę świadczenia i dołącz dokumenty wskazane w formularzu.

Wniosek znajdziesz w broszurze z OWU lub na [axa.pl](http://axa.pl)

Wypełniony wniosek i dokumenty wyślij na adres:



**AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.**

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

z dopiskiem: **Obszar Bancassurance**



W razie pytań zadzwoń pod numer: **801 200 200\***

Po rozpatrzeniu wniosku AXA podejmie decyzję dotyczącą świadczenia.

**Za pobyt w szpitalu z innej przyczyny niż nieszczęśliwy wypadek lub w wyniku nieszczęśliwego wypadku dłuższy niż 2 dni możesz otrzymać świadczenie pieniężne.**

Wypełnij wniosek o wypłatę świadczenia i dołącz dokumenty wskazane w formularzu.

Wniosek znajdziesz w broszurze z OWU lub na [axa.pl](http://axa.pl)

Wypełniony wniosek i dokumenty wyślij na adres:



**AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.**

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

z dopiskiem: **Obszar Bancassurance**



W razie pytań zadzwoń pod numer: **801 200 200\***

Po rozpatrzeniu wniosku AXA podejmie decyzję dotyczącą świadczenia.

\* koszt połączenia wg taryf poszczególnych operatorów telefonicznych







# Ogólne warunki

ubezpieczenia Pakiet Zdrowie dla Klientów Providenta

Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Zdrowie dla Klientów Providenta

– indeks PZ/2018/03

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	OWU: § 3 i § 10; Regulamin świadczeń medycznych: § 2–§ 4; z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2 OWU
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	OWU: § 9, § 11 i § 15 ust. 4; Regulamin świadczeń medycznych: § 5 i § 6; z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2 OWU

## Postanowienia ogólne

### § 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Zdrowie dla Klientów Providenta – indeks PZ/2018/03 (dalej: OWU) stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych przez Klientów Provident Polska S.A. z AXA Ubezpieczenia Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
2. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść Umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia (Towarzystwa i Ubezpieczającego), jak również Ubezpieczonego i innych uprawnionych z Umowy ubezpieczenia.

### Definicje

#### § 2

Określenia użyte w OWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **Adres pobytu** lub **Miejsce pobytu** – adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazany przez Ubezpieczonego lub Dziecko, zgłaszających do Centrum Alarmowego Towarzystwa Zdarzenie medyczne, w którym lub do którego ma być świadczona usługa medyczna;
- 2) **Adres zamieszkania** lub **Miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane we Wnioskopolisie poprzez podanie dokładnego adresu, a w przypadku zmiany – w pisemnym zgłoszeniu tej zmiany;
- 3) **Agent** – Provident Polska S.A.;
- 4) **Centrum Alarmowe Towarzystwa** – podmiot działający w imieniu i na rzecz Towarzystwa, zajmujący się zleconymi czynnościami ubezpieczeniowymi w ramach likwidacji szkód, a w szczególności organizacją świadczeń medycznych, przyjmujący zgłoszenia pod numer telefonu +48 22 575 95 97;
- 5) **Choroba przewlekła** – choroba zdiagnozowana przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo bądź będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
- 6) **Choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentyzę, przy czym rozpoznanie może być utrwalone także w formie akronimu albo pod postacią kodu ICD-10;
- 7) **Dziecko** – w zakresie Wariantu Dziecko albo Dzieci: wskazani we Wnioskopolisie dziecko lub dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego bądź wnuk lub wnuki Ubezpieczonego będące dziećmi tego samego rodzica (będącego dzieckiem Ubezpieczonego), które w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyły 1. rok życia oraz nie ukończyły 18. roku życia;
- 8) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień, w którym rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa Towarzystwa;
- 9) **Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych ryzyk:
  - a) **Pobyt w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek** – pierwszy dzień Pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek,
  - b) **Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – pierwszy dzień Pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
  - c) **Złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – dzień złamania kości Ubezpieczonego lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
  - d) **Poważne zachorowanie Dziecka** – dzień zdiagnozowania choroby po przeprowadzonym badaniu lub dzień przeprowadzenia operacji u Dziecka,
  - e) **Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka** – dzień wyrządzenia Szkoły osobowej lub rzeczowej przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko,
  - f) **Potrzeba medyczna** – dzień powstania Potrzeby medycznej,
  - g) **Zdarzenie medyczne** – dzień Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania;

- 10) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 11) **Klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych i obywatelstwo polskie;
- 12) **Lek** – gotowy lek w rozumieniu przepisów prawa farmaceutycznego, który można kupić wyłącznie na podstawie recepty;
- 13) **Lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa** – osoba wskazana przez Centrum Alarmowe Towarzystwa i uprawniona do występowania w imieniu Towarzystwa oraz do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem;
- 14) **Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym lub Dzieckiem z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- 15) **Nagle zachorowanie** – powstała w sposób nagły choroba, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia, powodująca konieczność udzielenia Ubezpieczonemu lub Dziecku natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagająca interwencji pogotowia ratunkowego;
- 16) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Dziecka, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia i spowodowało fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego lub Dziecka, przy czym nie uważa się za Nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU zawału serca, udaru mózgu ani innych chorób, nawet występujących nagle, czy następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego bądź Dziecka; na potrzeby Zdarzeń medycznych jest to dodatkowo zdarzenie skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej, jednak niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;
- 17) **Odpowiedzialność cywilna Dziecka** – odpowiedzialność cywilna Dziecka w życiu prywatnym, ponoszona w zakresie określonym przepisami prawa za Szkoły rzeczowe lub osobowe wyrządzone przez Dziecko Osobom trzecim;
- 18) **Odpowiedzialność cywilna Opiekuna prawnego Dziecka** – odpowiedzialność cywilna Opiekuna prawnego w życiu prywatnym, ponoszona w zakresie określonym przepisami prawa za Szkoły rzeczowe lub osobowe wyrządzone przez Opiekuna prawnego Osobom trzecim w związku z wykonywaniem opieki nad Dzieckiem lub wyrządzone przez Dziecko;
- 19) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki jest zawierana Umowa ubezpieczenia:
  - a) w przypadku zawarcia pomiędzy Provident Polska S.A. a Klientem konsumentkiej umowy pożyczki ze spłatą tygodniową lub miesięczną (zwanej dalej również „konsumentką umową pożyczki”) – okres równy pierwotnemu okresowi, na jaki została zawarta konsumentcka umowa pożyczki,
  - b) w pozostałych przypadkach okres 12-miesięczny;
- 20) **Opiekun prawny Dziecka** – rodzic, któremu przysługuje władza rodzicielska nad Dzieckiem;
- 21) **Osoba bliska** – małżonek i jego dzieci, konkubent i jego dzieci, rodzeństwo, wstępni, zstępni, powinowaci, przysposabiający i przysposobieni;
- 22) **Osoba trzecia** – każda osoba niebędąca Ubezpieczonym, Dzieckiem lub Opiekunem prawnym Dziecka;
- 23) **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, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu ośrodków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 24) **Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, którego celem jest leczenie obrażeń ciała doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku; okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego lub Dziecka do szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze szpitala;

- 25) **Pobyt w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy pobyt Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, spowodowany inną przyczyną niż Nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU; Pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego lub Dziecka do szpitala (liczonym jako pierwszy dzień bez względu na godzinę przyjęcia), a kończy się w dniu wypisania ze szpitala;
- 26) **Potrzeba medyczna** – okoliczność uzasadniająca uzyskanie przez Ubezpieczonego lub Dziecko informacji medycznej;
- 27) **Poważne zachorowanie Dziecka** – jedna ze zdefiniowanych chorób lub operacji:
- a) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
- przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
  - leczenie lekami immunosupresyjnymi,
  - leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
  - przeszczepianie szpiku kostnego;
- rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
- b) **cukrzyca insulinozależna** – cukrzyca typu I insulinozależna o ciężkim przebiegu, tj. choroba autoimmunologiczna o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnej niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego, takich jak przeciwciała przeciw wyspowe, przeciwinulinowe lub przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD), doprowadzająca do poważnych zaburzeń metabolicznych w postaci kwasicy ketonowej i/lub śpiączki ketonowej w okresie późniejszym niż przy pierwszej manifestacji klinicznej; rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego;
- c) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są sklasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwinki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
- d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
- e) **nowotwór**:
- nowotwór złośliwy – wystąpienie nowotworu (guza) złośliwego, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodującego naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, którego pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez lekarza patomorfologa; ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
    - nowotworów przedinwazyjnych (carcinoma in situ), dysplazji ani wszelkich zmian przedrakowych,
    - wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
  - nowotwór przedinwazyjny – choroba zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale „Nowotwory in situ” (D00–D09), polegająca na ogniskowym, miejscowym rozroście komórek nowotworowych nieprzekraczającym błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi, i niedoprowadzającym do inwazji na tkanki otaczające, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa;
- f) **schyłkowa niewydolność wątroby** (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby) – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
- wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
  - trwała żółtaczka,
  - żylaki przełyku,
  - encefalopatia wrotna;
- pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków;
- g) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających;
- h) **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzonego przez specjalistę neurologa; a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 28) **Regulamin usług medycznych** – Regulamin usług medycznych stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWU;
- 29) **Składka** – kwota, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, do której zapłaty zobowiązany jest Ubezpieczający;
- 30) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu lub Dziecku samodzielne funkcjonowanie;
- 31) **Suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna** (w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej) – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wystąpienia poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 32) **Szkoda osobowa** – śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia wraz z uszczerbkiem poniesionym w ich następstwie;
- 33) **Szkoda rzeczowa** – uszkodzenie lub zniszczenie rzeczy wraz ze stratami poniesionymi w ich następstwie;
- 34) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka, w tym szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego ani oddziału i ośrodka rehabilitacji oraz ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic;
- 35) **Towarzystwo** – AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51;
- 36) **Trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiający Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 37) **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł Umowę ubezpieczenia;
- 38) **Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, będący jednocześnie Ubezpieczającym;
- 39) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 40) **Wariant ubezpieczenia** – możliwa do wyboru przez Ubezpieczającego wersja Umowy ubezpieczenia; w zakresie wyboru dodatkowego zakresu ubezpieczenia możliwy jest:
- Wariant Dziecko** – ochroną jest objęte jedno Dziecko oraz w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej również Opiekun prawny Dziecka,

b) **Wariant Dzieci** – ochroną są objęte wszystkie Dzieci będące jednocześnie dziećmi tego samego rodzica, będącego dzieckiem Ubezpieczonego, oraz w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej również Opiekun prawny Dziecka;

41) **Wnioskopolisa** – dokument ubezpieczeniowy podpisany przez Ubezpieczającego i uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, stanowiący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a w przypadku zaakceptowania przez Towarzystwo lub Agenta – będący potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia;

42) **Zdarzenie medyczne** – Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego lub Dziecka uprawniające do skorzystania ze świadczenia medycznego zgodnie z Regulaminem usług medycznych;

43) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo:

- a) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek,
  - b) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
  - c) Złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
  - d) Zdarzenie medyczne i Potrzeba medyczna,
- a jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Wariant Dziecko albo Wariant Dzieci – również:
- e) Pobyt Dziecka w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek,
  - f) Pobyt Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
  - g) Złamanie kości Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
  - h) Poważne zachorowanie Dziecka,
  - i) wyrządzenie Szkody rzeczowej lub osobowej przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko,
  - j) Zdarzenie medyczne i Potrzeba medyczna.

### Przedmiot i zakres ubezpieczenia

#### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, a w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Wariant Dziecko lub Wariant Dzieci również zdrowie Dziecka oraz Odpowiedzialność cywilna Dziecka i Odpowiedzialność cywilna Opiekuna prawnego Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
  - 1) w przypadku Ubezpieczonych, którzy nie ukończyli 75. roku życia – Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek i Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
  - 2) w przypadku Ubezpieczonych, którzy ukończyli 75. rok życia – Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,oraz w przypadku wszystkich Ubezpieczonych:
  - 3) złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, oraz
  - 4) świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej zgodnie z Regulaminem usług medycznych w razie zaistnienia Potrzeby medycznej oraz zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie Ubezpieczonemu kosztów świadczeń medycznych w przypadku zajścia Zdarzenia medycznego zgodnie z Regulaminem usług medycznych.
3. Zakres ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 powyżej, może zostać rozszerzony o Wariant Dziecko albo Wariant Dzieci, które obejmują:
  - 1) Pobyt Dziecka w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek i Pobyt Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Dziecka, oraz
  - 2) złamanie kości Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, oraz
  - 3) Poważne zachorowanie Dziecka, oraz
  - 4) Odpowiedzialność cywilną Dziecka i Odpowiedzialność cywilną Opiekuna prawnego Dziecka, oraz
  - 5) świadczenie na rzecz Dziecka usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej zgodnie z Regulaminem usług medycznych w razie zaistnienia Potrzeby medycznej oraz zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie Dziecku kosztów świadczeń

medycznych w przypadku zajścia Zdarzenia medycznego zgodnie z Regulaminem usług medycznych.

### Zawarcie Umowy ubezpieczenia

#### § 4

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wypełnionego i zaakceptowanego przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa dokumentu Wnioskopolisy.
2. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oświadczeń o treści i w formie wymaganej przez Towarzystwo w dokumencie Wnioskopolisy.
3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na Okres ubezpieczenia wskazany we Wnioskopolisie.
4. Ubezpieczającym może być Klient, który:
  - 1) w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 95. roku życia;
  - 2) posiada Adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 3) złożył wypełniony dokument Wnioskopolisy wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Towarzystwo oświadczeniami objętymi formularzem tej Wnioskopolisy.
5. Ubezpieczony w tym samym czasie może być objęty ochroną ubezpieczeniową maksymalnie z tytułu czterech Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU.

### Ochrona ubezpieczeniowa i odpowiedzialność Towarzystwa

#### § 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe, w przypadku których Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego miał miejsce w czasie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa Towarzystwa rozpoczyna się:
  - 1) w przypadku zawarcia konsumenckiej umowy pożyczki – następnego dnia po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po dniu zawarcia konsumenckiej umowy pożyczki, pod warunkiem zapłaty Składki w pełnej wysokości nie później niż w terminie zawarcia pożyczki;
  - 2) w pozostałych przypadkach – następnego dnia po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem optacenia Składki w pełnej wysokości w terminie 7 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że ochrona ubezpieczeniowa:
    - 3) z tytułu Pobytu w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek oraz Zdarzeń medycznych rozpoczyna się po upływie 14 dni od dnia rozpoczęcia ochrony, wskazanego w pkt 1) i 2) powyżej;
    - 4) z tytułu Poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony, wskazanego w pkt 1) i 2) powyżej.
3. W przypadku nieoptacenia Składki w terminie ochrona nie będzie świadczona.
4. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
  - 1) śmierci Ubezpieczonego;
  - 2) śmierci Opiekuna prawnego Dziecka – w zakresie, w którym dotyczy ochrony udzielanej Opiekunowi prawnemu Dziecka;
  - 3) śmierci Dziecka – w Wariantcie Dziecko w zakresie, w którym dotyczy ochrony udzielanej Opiekunowi prawnemu Dziecka oraz Dziecku;
  - 4) śmierci wszystkich Dzieci – w Wariantcie Dzieci w zakresie, w którym dotyczy ochrony udzielanej Opiekunowi prawnemu Dziecka oraz Dzieciom;
  - 5) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
  - 6) z dniem następującym po złożeniu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
  - 7) zakończenia Okresu ubezpieczenia;
  - 8) ukończenia 98. roku życia przez Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczają-



cego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu w formie pisemnej, lub telefonicznie pod numer telefonu wskazany na stronie internetowej: [www.provident.pl](http://www.provident.pl) bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta.

- Po upływie terminu wskazanego w ust. 5 powyżej Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia Towarzystwu w formie pisemnej lub telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej: [www.provident.pl](http://www.provident.pl), bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta ze skutkiem na dzień następujący po dniu, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie woli o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, jeżeli Składka nie została zapłacona w terminie, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty przez Towarzystwo w dodatkowym terminie 7 dni.

## Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

### § 6

- Ubezpieczający ma obowiązek opłacić Składkę oraz powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych osobowych podanych we Wnioskopolisie.
- Ubezpieczający jest uprawniony w szczególności do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia oraz składania reklamacji, w tym skarg i zażaleń.
- Ubezpieczony jest uprawniony w szczególności do otrzymania świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia oraz żądania udzielenia mu informacji o postanowieniach Umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

## Obowiązki Towarzystwa

### § 7

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- doręczenia Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym Trwałym nośniku OWU i innych dokumentów niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia przed jej zawarciem;
- doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu potwierdzającego zawarcie Umowy ubezpieczenia w postaci Wnioskopolisy;
- wypłaty świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia;
- prawkładowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

## Składka

### § 8

- Wysokość Składki zależy od Okresu ubezpieczenia, na jaki jest zawierana Umowa ubezpieczenia, oraz wybranego przez Ubezpieczającego pakietu ubezpieczenia i jest obliczana na podstawie poniższych stawek ubezpieczenia:

Wariant	Pakiet Zdrowie	Pakiet Zdrowie Wariant Dziecko	Pakiet Zdrowie Wariant Dzieci
Wysokość stawki tygodniowej	3 PLN	6 PLN	9 PLN
Wysokość stawki miesięcznej	13 PLN	26 PLN	39 PLN
Zakres ochrony, do którego odnosi się wskazana stawka	zakres określony w § 3 ust. 2	zakres określony w § 3 ust. 2 i 3	

- Składka należna jest za Okres ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej, i jest płatna z góry przez Ubezpieczającego, na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa za pośrednictwem Agenta.
- Wysokość należnej Towarzystwu Składki oraz termin jej płatności są określone we Wnioskopolisie.

## Sumy ubezpieczenia, suma gwarancyjna oraz limity świadczeń medycznych

### § 9

- Sumy ubezpieczenia, suma gwarancyjna oraz limity świadczeń medycznych są określone dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych i wynoszą:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Suma ubezpieczenia / suma gwarancyjna
Pobyty Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek	12 600 PLN
Pobyty Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	25 200 PLN
Złamanie kości Ubezpieczonego lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku:	
1) grupa I	200 PLN
2) grupa II	500 PLN
3) grupa III	1 500 PLN
Poważne zachorowanie Dziecka	5 000 PLN
Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka	8 500 PLN
Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego lub Dziecka usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej	zgodnie z Regulaminem usług medycznych
Zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie Ubezpieczonemu lub Dziecku kosztów świadczeń medycznych	zgodnie z Regulaminem usług medycznych

- Suma gwarancyjna jest ustalana dla wszystkich osób objętych ochroną ubezpieczeniową oraz na jedno i na wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe.
- Sumy ubezpieczenia, suma gwarancyjna oraz limity świadczeń medycznych wskazane w Regulaminie usług medycznych są ustalane na 12-miesięczne okresy udzielania ochrony ubezpieczeniowej i ulegają zmniejszeniu o kwoty wypłaconych lub spełnionych odszkodowań i świadczeń z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, dla których zostały ustalone.
- Sumy ubezpieczenia, suma gwarancyjna oraz limity świadczeń medycznych wskazane w Regulaminie usług medycznych ulegają odnowieniu po upływie 12-miesięcznych okresów, dla których zostały ustalone, pod warunkiem dalszego świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.

## Świadczenia ubezpieczeniowe

### § 10

#### Pobyty w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek

- W razie Pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek Towarzystwo wypłaci świadczenie w kwocie równej 70 zł za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w Szpitalu, z wyłączeniem pierwszych dwóch dni, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.
- Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w Szpitalu. W przypadku pobytu w Szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego lub Dziecka Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.

#### Pobyty w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

- W razie Pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w kwocie równej 140 zł za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w Szpitalu, z wyłączeniem pierwszych dwóch dni, maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia.

4. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w Szpitalu. W przypadku pobytu w Szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego lub Dziecka Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
5. Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek oraz Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nie sumują się – Towarzystwo wypłaci tylko świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku albo świadczenie z tytułu Pobytu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek.

#### Złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

6. W przypadku złamania kości Ubezpieczonego lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia przewidzianej dla danej grupy złamań, zgodnie z tabelą złamań obowiązującą w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną złamania kości.

<b>Złamania – grupa I</b>
pozostałe złamanie kości niesklasyfikowane w grupie złamań II oraz III
<b>Złamania – grupa II</b>
kości piętowej
kości podudzia
kości ramiennej lub przedramienia
kości rzepki
<b>Złamania – grupa III</b>
kości czaszki (wyłącznie podstawy), z wyjątkiem sklepienia i twarzoczaszki
kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej oraz ogonowej)
kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nadkrętarzowe) oraz kości talerza biodrowego
kości kręgosłupa (wyłącznie kompresyjne złamanie kręgu), z wyjątkiem wyrostków kolczystych i poprzecznych
kości udowej

#### Poważne zachorowanie Dziecka

7. W razie Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo wypłaci jednorazowe świadczenie w kwocie równej Sumie ubezpieczenia z tego tytułu.

#### Odpowiedzialność cywilna

8. W razie wyrządzenia przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko Osobie trzeciej Szkody rzeczowej lub osobowej Towarzystwo wypłaci świadczenie w kwocie równej poniesionej przez Osobę trzecią szkodzie, za którą odpowiedzialność cywilną zgodnie z obowiązującymi przepisami ponosi Opiekun prawny lub Dziecko, maksymalnie do wyczerpania sumy gwarancyjnej.
9. W granicach swojej odpowiedzialności Towarzystwo zobowiązane jest do:
  - 1) zbadania zasadności roszczeń zgłoszonych wobec Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka;
  - 2) pokrycia kosztów mających zapobiec zwiększeniu rozmiaru szkody, jeżeli były one celowe, chociażby okazały się bezskuteczne;
  - 3) wypłaty odszkodowania, które Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko są zobowiązani zapłacić osobie poszkodowanej z tytułu szkód objętych Umową ubezpieczenia na podstawie zawartej lub zatwierdzonej przez Towarzystwo ugody, uznania lub prawomocnego orzeczenia sądu.

#### Zdarzenie medyczne i Potrzeba medyczna

10. W razie zaistnienia Potrzeby medycznej Towarzystwo zobowiązuje się do świadczenia na rzecz Ubezpieczonego lub Dziecka usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej zgodnie z Regulaminem usług medycznych, a w razie zajścia Zdarzenia medycznego – do zorganizowania lub zorganizowania i pokrycia kosztów świadczeń medycznych zgodnie z Regulaminem usług medycznych.

## Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

### § 11

#### Pobyt Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
  - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego lub Dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub Dziecka lub okaleczenia na ich prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego lub Dziecko, niezależnie od stanu ich poczytalności;
  - 3) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
  - 4) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

#### Złamanie kości Ubezpieczonego lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
  - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego lub Dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że ich udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 2) spożycia przez Ubezpieczonego lub Dziecko alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>;
  - 3) zażycia przez Ubezpieczonego lub Dziecko środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami) bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
  - 4) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
  - 5) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego lub Dziecko czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
  - 6) udziału Ubezpieczonego lub Dziecka w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
  - 7) prowadzenia przez Ubezpieczonego lub Dziecko pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli nie posiadali oni odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;

- 8) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego;
  - 9) złamania patologicznego, tzn. złamania powstałego wskutek istniejących wcześniej stanów chorobowych kości, oraz złamania podokostnowego (tzw. pęknięcia kości), oraz z tytułu złamania kości, które jest skutkiem Chorób zdiagnozowanych lub leczonych przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Daty objęcia ochroną ubezpieczeniową;
  - 10) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
  - 11) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
3. W przypadku złamań kości prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w wyniku Nieszczęśliwego wypadku doszło do amputacji kończyny lub jej części i nie doszło do złamania kości.

#### Poważne zachorowanie Dziecka

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności:
- 1) jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka było rozpoznane lub leczone przed Datą objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
  - 2) za Poważne zachorowanie Dziecka, którego objawy rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Datą objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będące przyczyną wystąpienia Poważnego zachorowania Dziecka w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka jest skutkiem:
- 1) samookaleczenia lub okaleczenia Dziecka na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Dziecko, niezależnie od jego stanu poczytalności, choroby AIDS lub zakażenia Dziecka wirusem HIV;
  - 2) nadużywania przez Dziecko alkoholu;
  - 3) zażywania przez Dziecko narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami) bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
  - 4) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
  - 5) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

#### Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka

6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli szkoda powstała w wyniku:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że ich udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 2) spożycia przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>;
  - 3) zażycia przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumie-

niu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami) bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;

- 4) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
  - 5) posiadania, używania, uruchamiania pojazdów mechanicznych silnikowych, lokomotyw, statków wodnych lub powietrznych bądź kierowania nimi;
  - 6) umyślnego działania Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka;
  - 7) naruszenia praw własności intelektualnej, dóbr osobistych;
  - 8) wykonywania zabiegów o charakterze medycznym przeprowadzonych poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
  - 9) posiadania lub używania materiałów wybuchowych, w tym fajerwerków, petard, sztucznych ogni, lub jeśli powstała z tytułu posiadania lub używania broni palnej, pneumatycznej lub amunicji do broni;
  - 10) powolnego działania czynnika termicznego, chemicznego, biologicznego, w tym oddziaływania temperatury, gazów, oparów, wilgoci, dymu, sadzy, ścieków, zagrzybienia, wibracji oraz działania hałasu.
7. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje roszczeń:
- 1) z tytułu Szkód rzeczowych:
    - a) w rzeczach należących do Osób trzecich, które Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko wzięli w najem, dzierżawę, leasing, użyczenie, użytkowanie, przechowują lub posiadają na podstawie umowy o podobnym charakterze albo posiadają bez tytułu prawnego (rzeczy najęte),
    - b) w rzeczach należących do Osób trzecich, powstałych wskutek działalności Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka wykonywanej na tych rzeczach (np. obróbka, naprawa, remont, transport, kontrola itp.) lub za ich pomocą (rzeczy pod kontrolą); w przypadku szkód w nieruchomościach należących do Osób trzecich wyłączenie dotyczy jedynie jej części będącej bezpośrednim przedmiotem działalności;
- wyłączenie obowiązuje również wtedy, gdy jego przesłanki spełniają osoby, za które Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko ponoszą odpowiedzialność;
- 2) z tytułu szkód powstałych w wyniku przeniesienia choroby zakaźnej, w sytuacji kiedy Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko o chorobie wiedzieli lub przy dołożeniu należytej staranności wiedzieć powinni;
  - 3) w zakresie, w jakim w wyniku zawartej umowy lub innej czynności prawnej odpowiedzialność cywilna Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka wykracza poza zakres określony przepisami prawa;
  - 4) o wykonanie lub należyte wykonanie zobowiązania oraz roszczeń o wykonanie zastępcze, jak również roszczeń wynikających z przepisów o rękojmi, niezgodności towaru z umową i gwarancji jakości;
  - 5) z tytułu szkód spowodowanych nieusunięciem przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko, w terminie określonym przez Towarzystwo, okoliczności niebezpiecznych, których usunięcia Towarzystwo słusznie mogło się domagać i się domagało; za okoliczność niebezpieczną uważa się okoliczność, która spowodowała uprzednio szkodę;
  - 6) z tytułu kar umownych i odsetek, do których zapłacenja zobowiązany jest Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko, a także odszkodowań o charakterze karnym, w szczególności *punitive and exemplary damages*, ani środków karnych o charakterze pieniężnym, np. nakaz, obowiązek naprawienia szkody i świadczenie pieniężne.
8. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód:
- 1) powstałych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 2) wyrządzonych Osobie bliskiej Opiekunowi prawnemu Dziecka lub Dziecku;
  - 3) polegających na zniszczeniu, uszkodzeniu, zaginięciu lub kradzieży gotówki, papierów wartościowych, bonów towarowych, substytutów pieniądza, dzieł sztuki, biżuterii, przedmiotów z metali lub



- kamieni szlachejnych, wszelkiego rodzaju dokumentów, nośników danych, zbiorów o charakterze kolekcjonerskim lub archiwalnym lub rzeczy ruchomych oraz przedmiotów o charakterze zabytkowym lub unikatowym, archiwalnym;
- 4) wynikających z niewykonania lub nienależytego wykonania przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko wymaganych przepisami prawa remontów, konserwacji lub przeglądów z tytułu posiadania lub najmu nieruchomości – niezależnie od tego kto jest stroną umowy najmu, w przypadku gdy było to przyczyną szkody;
  - 5) objętych systemem obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, w ramach którego Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko mieli obowiązek posiadania ochrony ubezpieczeniowej;
  - 6) kar umownych, grzywn sądowych, kar administracyjnych, podatków ani należności publicznoprawnych, do których zapłacenia są zobowiązani Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko.
9. Towarzystwo nie odpowiada za dodatkowe koszty wynikające z braku zgody Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka na zawarcie przez Towarzystwo ugody z poszkodowanym lub zaspokojenie jego roszczeń.

## Wypłata świadczenia

### § 12

1. Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym z dochowaniem należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 1 powyżej.
4. Wszelkie wypłaty świadczeń są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej lub przekazem pocztowym, zgodnie z dyspozycją osoby uprawnionej od otrzymania świadczenia.
5. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek jest przedstawienie Towarzystwu:
  - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
  - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
  - 3) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
  - 4) aktu urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również aktu urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego).
6. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu:
  - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
  - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony lub Dziecko byli zarejestrowani, leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem;
  - 3) opisu okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
  - 4) protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub kopii postanowienia o umorzeniu postępowania);
  - 5) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
  - 6) aktu urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również aktu urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego).

7. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu złamania kości Ubezpieczonego lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu:
  - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
  - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony lub Dziecko byli zarejestrowani, leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem;
  - 3) protokołu opisującego okoliczności zdarzenia;
  - 4) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
  - 5) aktu urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również aktu urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego).
8. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka jest przedstawienie Towarzystwu:
  - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
  - 2) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
  - 3) dokumentacji potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania Dziecka;
  - 4) aktu urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również aktu urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego);
  - 5) dokumentacji medycznej z przychodni, ze szpitala (lub adresów placówek), w których Dziecko było zarejestrowane i leczone w związku z zaistniałym Poważnym zachorowaniem, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia;
  - 6) protokołu policyjnego lub postanowienia z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania poważnego zachorowania Dziecka policja lub prokuratura prowadziły postępowanie.
9. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
10. Dokumenty, o których mowa w ustępach 5–9 niniejszego paragrafu, powinny zostać złożone Towarzystwu w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, Agenta albo pracownika Towarzystwa.
11. Kopia dokumentacji medycznej może być również potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony lub Dziecko byli zarejestrowani i leczeni w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
12. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, uprawniony do otrzymania świadczenia przesyła bezpośrednio do Towarzystwa na poniższy adres:  
AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.  
ul. Chłodna 51  
00-867 Warszawa  
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA
13. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numery telefonu +48 22 555 05 06 lub 801 200 200 (koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych), w dni robocze od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni wolnych od pracy, lub na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl.

## Reklamacje

### § 13

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia może wnosić reklamacje. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.



2. Reklamacje można składać w następujący sposób:
  - 1) ustnie – telefonicznie pod numer telefonu 22 555 05 06 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa;
  - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl;
  - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo drogą pocztową na ten adres, z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA.
3. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów.
4. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
5. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń utatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, tj. AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., według właściwości określonej w § 14 ust. 1 i 2.
10. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

## Właściwość sądowa

### § 14

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

## Regres ubezpieczeniowy

### § 15

1. Z dniem wypłaty odszkodowania z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka oraz z dniem spełnienia świadczeń medycznych zgodnie z Regulaminem usług medycznych z mocy prawa przechodzi na Towarzystwo przysługujące Opiekunowi prawnemu Dziecka lub Dziecku roszczenie wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości wypłaconego odszkodowania lub spełnionego świadczenia. Jeżeli Towarzystwo pokryło tylko część szkody, Opiekunowi prawnemu Dziecka lub Dziecku przysługuje co do pozostałej części roszczenia pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Towarzystwa.
2. Przejście roszczeń nie następuje, jeżeli stałoby się to ze szkodą dla Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecka, a także gdy sprawcą szkody jest osoba pozostająca z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że szkoda została wyrządzona umyślnie.
3. Opiekun prawny Dziecka i Dziecko są zobowiązani udzielić Towarzystwu pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty oraz udzielić niezbędnych informacji.
4. W razie zrzeczenia się lub ograniczenia przez Opiekuna prawnego Dziecka lub Dziecko bez zgody Towarzystwa praw przysługujących mu od osób trzecich odpowiedzialnych za szkodę Towarzystwo może odmówić wypłaty odszkodowania lub je odpowiednio zmniejszyć, a w przypadku gdy odszkodowanie zostało już wypłacone, podlega ono zwrotowi w całości lub odpowiedniej części.

## Postanowienia końcowe

### § 16

1. O ile umowa nie stanowi inaczej ani nie sprzeciwia się to powszechnie obowiązującym przepisom prawa, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące Umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
2. Zmiana danych teleadresowych wskazanych w § 13 ust. 2 i 10 nie stanowi zmiany Umowy ubezpieczenia.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU oraz Umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

### § 17

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. nr 1/29/03/2018 z dnia 29 marca 2018 r.
2. Integralną część OWU stanowi Formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. Załącznikiem do OWU, stanowiącym ich integralną część, jest Załącznik nr 1 do OWU – Regulamin usług medycznych.

# Załącznik nr 1 do OWU – Regulamin świadczeń medycznych

## Zakres świadczeń medycznych

### § 1

1. Ubezpieczonemu i Dziecku przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń na warunkach i zasadach określonych w niniejszym Regulaminie oraz OWU.
2. W razie zaistnienia Potrzeby medycznej Towarzystwo za pośrednictwem Centrum Alarmowego udzieli na zasadach ustalonych w § 2 niniejszego Regulaminu odpowiedniej informacji w ramach świadczenia medycznego „Medyczna Platforma Informacyjna”.
3. W razie zajścia Zdarzenia medycznego Towarzystwo za pośrednictwem Centrum Alarmowego zorganizuje świadczenia medyczne albo je zorganizuje i pokryje ich koszty na zasadach określonych w § 3 – § 6 niniejszego Regulaminu.

## Medyczna Platforma Informacyjna

### § 2

1. Na wniosek Ubezpieczonego lub Dziecka, w razie wystąpienia Potrzeby medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:
  - 1) NATYCHMIASTOWEJ POMOCY – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania;
  - 2) UKĄSZEŃ – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń;
  - 3) JEDNOSTEK CHOROBYCH – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 4) ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH – diety (np. zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowe, cukrzycowe, ubogobiałkowe, bogatobiałkowe, niskokaloryczne, niskocholesterolowe, redukcyjne), zdrowe odżywianie, aktywne spędzanie czasu wolnego, walka ze stresem, odpoczynek i sen;
  - 5) PROFILAKTYKI – profilaktyka zachorowań na grype, profilaktyka antynikotynowa;
  - 6) OPISÓW BADAŃ – wyjaśnianie opisów/wyników wykonanych badań;
  - 7) PRZYGOTOWANIA DO BADAŃ – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych;
  - 8) BADAŃ KONTROLNYCH – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
  - 9) LEKÓW – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziom refundacji leków;
  - 10) ALTERNATYWNYCH METOD LECZENIA I RELAKSACJI – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach);
  - 11) UWARUNKOWAŃ MEDYCZNYCH – dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
  - 12) GRUP WSPARCIA – grupy wsparcia, telefony zaufania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczące pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, rodzicom ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii;
  - 13) DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z PODRÓŻĄ – działania, które należy podjąć przed podróżą i w trakcie podróży, np. szczepienia, zagadnienia związane ze specyfiką danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.
2. Ponadto Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni Ubezpieczonemu i Dziecku możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.
3. Centrum Alarmowe Towarzystwa udzieli również informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

- 1) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa;
  - 2) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia;
  - 3) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencyjne oraz kliniki uniwersyteckie medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i rekomendowanych przez Centrum Alarmowe Towarzystwa;
  - 4) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;
  - 5) placówek opieki społecznej i hospicjów;
  - 6) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2 i ust. 3 powyżej, mają charakter ogólny, nie mają charakteru diagnostycznego ani leczniczego, nie stanowią porady medycznej.

## Świadczenia medyczne – zasady ogólne

### § 3

1. Na wniosek Ubezpieczonego lub Dziecka, w razie wystąpienia Zdarzenia medycznego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje następujące świadczenia medyczne albo je zorganizuje i pokryje ich koszty zgodnie z opisem danego świadczenia zawartym w § 4 niniejszego Regulaminu:
  - 1) Wizyta lekarza pierwszego kontaktu;
  - 2) Dostarczenie Leków;
  - 3) Refundacja Leków;
  - 4) Wizyta u lekarza specjalisty;
  - 5) Wizyta u lekarza rehabilitacji;
  - 6) Wizyta fizjoterapeuty w Miejscu pobytu;
  - 7) Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego;
  - 8) Transport do placówki medycznej;
  - 9) Transport z placówki medycznej do Miejsca zamieszkania;
  - 10) Transport pomiędzy placówkami medycznymi;
  - 11) Wizyta pielęgniarki w Miejscu pobytu.
2. Świadczeniami medycznymi objęte są wyłącznie Zdarzenia medyczne zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a wszystkie świadczenia w ramach Umowy ubezpieczenia wypełniane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Towarzystwo spełnia świadczenie medyczne do wysokości limitów świadczeń lub limitu zdarzeń określonych w niniejszym Regulaminie. Spełnienie każdego świadczenia powoduje zmniejszenie limitu świadczeń.

## Świadczenia medyczne – opis świadczeń

### § 4

1. **Wizyta lekarza pierwszego kontaktu:**
  - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony lub Dziecko wymaga pomocy lekarskiej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty dojazdu i wizyty lekarza (wyłącznie internisty, pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej) w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka;
  - 2) danemu uprawnionemu przysługuje wyłącznie sześć wizyt lekarza pierwszego kontaktu w tym samym Okresie ubezpieczenia.
2. **Dostarczenie Leków:**
  - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczonemu lub Dziecku zostały zaordynowane Leki przez Lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, Ubezpieczony lub Dziecko z uwagi na swój stan

zdrowia nie może opuszczać Miejsca pobytu, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka Leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego; warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Alarmowego Towarzystwa recepty niezbędnej do wykupienia Leków;

- 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie trzy świadczenia dostarczenia Leków w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 3. Refundacja Leków:**
  - 1) przy organizacji przez Towarzystwo świadczenia „Dostarczenie Leków”, o którym mowa w ust. 2 powyżej, Towarzystwo pokrywa również koszty dostarczonych Leków do kwoty 400 zł; powyżej tej kwoty koszt nabycia Leków pokrywa odpowiednio Ubezpieczony lub Dziecko refundacja Leków dotyczy tylko Leków z recepty;
  - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie trzy świadczenia refundacji Leków, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 4. Wizyta u lekarza specjalisty:**
  - 1) w przypadku wystąpienia Zdarzenia medycznego Centrum Alarmowe Towarzystwa – w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego – zorganizuje i pokryje koszty wizyty Ubezpieczonego lub Dziecka u lekarza specjalisty;
  - 2) danemu uprawnionemu przysługuje wyłącznie sześć wizyt u lekarza specjalisty w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 5. Wizyta u lekarza rehabilitacji:**
  - 1) w przypadku wystąpienia Zdarzenia medycznego Centrum Alarmowe Towarzystwa, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyty Ubezpieczonego lub Dziecka u lekarza rehabilitacji;
  - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia wizyty u lekarza rehabilitacji, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 6. Wizyta fizjoterapeuty w Miejscu pobytu:**
  - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony lub Dziecko wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka, z wyjątkiem przypadku gdy Miejscem pobytu jest Placówka medyczna;
  - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia wizyty fizjoterapeuty w Miejscu pobytu, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
  - 3) Towarzystwo pokryje koszty wizyty fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka, której czas trwania nie przekracza trzech godzin.
- 7. Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego:**
  - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony lub Dziecko – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa, podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszt wypożyczenia albo zakupu oraz transportu sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka, z wyjątkiem przypadku gdy Miejscem pobytu jest Placówka medyczna;
  - 2) Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia, wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty 500 zł;
  - 3) danemu uprawnionemu przysługuje wyłącznie jedno świadczenie „Dostarczenie i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego”, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 8. Transport do Placówki medycznej:**
  - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego lub Dziecka do Placówki medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje transport i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego lub Dziecka wraz z osobą wskazaną przez Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego Dziecka z Miejsca jego pobytu do najbliższej odpowiedniej Placówki medycznej, dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego lub

Dziecka środkiem transportu; o wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym;

- 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu do Placówki medycznej, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 9. Transport z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania:**
  - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony lub Dziecko przebywa w Placówce medycznej – zgodnie z dokumentacją medyczną – wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego lub Dziecka wraz z osobą wskazaną przez Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego Dziecka, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Dziecka. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Alarmowego Towarzystwa w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym;
  - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 10. Transport pomiędzy Placówkami medycznymi:**
  - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony lub Dziecko znaleźli się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu ich zdrowia, lub są oni skierowani na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego lub Dziecka wraz z osobą wskazaną przez Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego Dziecka pomiędzy Placówkami medycznymi; świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Alarmowego Towarzystwa, i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Dziecka; w przypadku gdy Ubezpieczony lub Dziecko są jedynie skierowani na zabiegi lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony lub Dziecko są leczeni;
  - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia transportu pomiędzy Placówkami medycznymi, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.
- 11. Wizyta pielęgniarki w Miejscu pobytu:**
  - 1) jeżeli w następstwie Zdarzenia medycznego Ubezpieczony lub Dziecko wymaga opieki pielęgniarskiej w Miejscu swojego pobytu (poza Placówką medyczną) – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – Centrum Alarmowe Towarzystwa zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu lub Dziecku opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, Leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa odpowiednio Ubezpieczony lub Dziecko;
  - 2) danemu uprawnionemu przysługują wyłącznie dwa świadczenia wizyty pielęgniarki w Miejscu pobytu, bez względu na liczbę Zdarzeń medycznych zaistniałych w tym samym Okresie ubezpieczenia.

## Świadczenia medyczne – wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

### § 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie medyczne jest następstwem:
  - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru oraz działania wojennego, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
  - 2) spożycia przez Ubezpieczonego lub Dziecko alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi

- do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>, o ile miało to wpływ na powstanie Zdarzenia medycznego lub zwiększenie jego skutków;
- 3) zażycia przez Ubezpieczonego lub Dziecko narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony lub Dziecko wiedzieli lub powinni byli wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie Zdarzenia medycznego lub zwiększenie jego skutków;
  - 4) chorób psychicznych Ubezpieczonego lub Dziecka;
  - 5) próby samobójczej Ubezpieczonego lub Dziecka;
  - 6) uczestnictwa Ubezpieczonego lub Dziecka w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
  - 7) umyślnego działania Ubezpieczonego lub Dziecka albo umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony lub Dziecko pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
  - 8) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub Dziecka, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolnione z obowiązku zwrotu wszelkich kosztów, jeżeli Ubezpieczony nie wykonał lub Dziecko nie wykonało uprzedniego zgłoszenia żądania spełnienia świadczenia do Centrum Alarmowego Towarzystwa i ponieśli koszty samodzielnej organizacji usług medycznych bez porozumienia z Centrum Alarmowym Towarzystwa, chyba że skontaktowanie się z Centrum Alarmowym Towarzystwa było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego lub Dziecka.
  3. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są Zdarzenia medyczne, które są skutkiem Chorób zdiagnozowanych, Chorób przewlekłych, jak też chorób rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 12 pierwszych miesięcy od tego dnia.
  4. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów:
    - 1) leczenia obrażeń ciała lub chorób, których zaistnienie nie jest związane ze Zdarzeniem medycznym;
    - 2) leczenia sanatoryjnego.
  5. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów świadczeń, jeżeli Zdarzenie medyczne jest następstwem:
    - 1) operacji plastycznych, zabiegów ze wskazań kosmetycznych, helioterapii;
    - 2) chorób wenerycznych, AIDS i zakażenia wirusem HIV;
    - 3) zabiegu usuwania ciąży (aborcja);
    - 4) sztucznego zapłodnienia i każdego innego leczenia bezpłodności, a także koszty związane z zakupem środków antykoncepcyjnych;
    - 5) poddania się leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było związane ze Zdarzeniem medycznym.
  6. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych na skutek:
    - 1) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego lub Dziecko sportu, przez co rozumie się formę aktywności fizycznej, podejmowaną dobrowolnie w celu rywalizacji sportowej lub dla uzyskania maksymalnych wyników sportowych, obejmującą treningi, udział w zawodach, imprezach, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu;
    - 2) uprawiania przez Ubezpieczonego lub Dziecko sportów wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub

palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe.

7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego lub Dziecko do decyzji i zaleceń Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa bądź samowolnego podejmowania decyzji sprzecznych z zaleceniami Lekarza Centrum Alarmowego Towarzystwa.
8. W przypadku świadczenia „Dostarczenie Leków” Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie Leków w aptekach w promieniu 50 km od Miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka.
9. W przypadku świadczeń medycznych wymagających zwolnienia służb medycznych, udzielających pomocy medycznej Ubezpieczonemu lub Dziecku w związku z zaistnieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia Ubezpieczonego lub Dziecka udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego Dziecka pisemnej zgody na powyższe w stosunku do Towarzystwa i podmiotów działających w jego imieniu. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego Dziecka pisemnej zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, pod warunkiem iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej ani na udostępnienie dokumentacji z leczenia.

## **Świadczenia medyczne – obowiązki Ubezpieczonego i Opiekuna prawnego Dziecka**

### **§ 6**

1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia medycznego, przed podjęciem działań we własnym zakresie, uprawniony do świadczenia jest zobowiązany:
  - 1) niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym Towarzystwa, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu +48 22 575 95 97;
  - 2) podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń medycznych, a w szczególności:
    - a) PESEL,
    - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego lub Dziecka,
    - c) miejsce zdarzenia,
    - d) Miejsce pobytu lub Miejsce zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,
    - e) telefon kontaktowy,
    - f) rodzaj wymaganej pomocy,
    - g) opis okoliczności Zdarzenia medycznego;
  - 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Towarzystwa, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe Assistance, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania;
  - 4) zapobiec w miarę możliwości zwiększeniu następstw Zdarzenia medycznego.
2. Jeżeli Ubezpieczony nie dopełnił lub Dziecko niedopełniło z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1 powyżej, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub zakres świadczeń medycznych, Towarzystwo może odpowiednio ograniczyć świadczenie.





## W trosce o Twoje dane

### Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych (dotyczy wnioskopolisy)

W trosce o ochronę danych podejmujemy działania opisane w tym dokumencie. Informujemy w nim, w jaki sposób przekazane przez Państwa dane są przez nas gromadzone, wykorzystywane, przetwarzane i zabezpieczane.

Z nami mogą Państwo czuć się bezpiecznie! Według rankingu INTERBRAND 2017 AXA jest marką ubezpieczeniową nr 1 na świecie – ta pozycja zobowiązuje do zachowania najwyższych standardów.

- Administratorem przekazanych przez Państwa danych osobowych jest AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
- Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
  - zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy;
  - zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w zakresie obejmującym dane osobowe określone w art. 27 Ustawy, tj. dane wrażliwe – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że ta została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
  - oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest przepis prawa;
  - marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług;
  - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
  - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń;
  - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę AXA;
  - reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową ubezpieczenia zawartą z Państwem.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
  - a) do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
  - b) do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
  - c) do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.Administrator zaprzestanie przetwarzania danych do celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i celów analitycznych, jeżeli zgłoszą Państwo sprzeciw wobec przetwarzania Państwa danych w tych celach.
- AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
  - a) podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa;
  - b) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
- Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).

Możą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego, składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie [axa.pl](http://axa.pl).
- Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych\*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu w przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- Jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia lub Ustawy, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
- Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania. Profilowanie będzie się odbywać w celu przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia. Oznacza to, że dane osobowe niezbędne do przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia wykorzystane zostaną do oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego i wyliczenia adekwatnej do niego składki.



W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych decyzje dotyczące Państwa mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany (bez wpływu człowieka). W takiej sytuacji decyzje te mogą dotyczyć wysokości składki ubezpieczeniowej. Decyzje będą podejmowane w szczególności na podstawie Państwa danych, dotyczących stanu zdrowia, i daty urodzenia. Decyzje mogą być oparte na profilowaniu, tj. automatycznej ocenie ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Państwem umowy ubezpieczenia.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej mają Państwo prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka).

10. Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail: [inspektor@axa.pl](mailto:inspektor@axa.pl)\*



Ważne:

Treści oznaczone gwiazdką (\*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r., bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.

Do dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – powoływanej powyżej jako Ustawa.



# Wniosek

## o wypłatę świadczenia

Dotyczy Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Zdrowie dla Klientów Providenta

### Zgłoszenie dotyczy:

- Ubezpieczonego
- Dziecka

### Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- pobytu w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek
- pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- złamania kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- poważnego zachorowania Dziecka
- odpowiedzialności cywilnej Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka

Prosimy zaznaczyć z jakiego tytułu składane jest roszczenie. Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie (drukowanymi literami).

### Dane Ubezpieczonego/Dziecka

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Numer Wnioskopólisy \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego

#### Dane dotyczące wypadku

DDMMRRRR Okoliczności i miejsce wypadku (wyczerpująco): \_\_\_\_\_  
Data wypadku \_\_\_\_\_

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?\*  Tak  Nie

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?\*  Tak  Nie

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?\*  Tak  Nie

Czy w związku z wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?\*  Tak  Nie

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy: \_\_\_\_\_

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie, wraz z podaniem sygnatury: \_\_\_\_\_

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.



## Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, Agenta, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku dokumenty.

### POBYT W SZPITALU Z INNEGO POWODU NIŻ NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego), jeśli zgłoszenie dotyczy Dziecka

### POBYT W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony lub Dziecko byli zarejestrowani, leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem
- opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia (protokół powypadkowy sporządzony przez Komisję BHP, notatka urzędowa z policji, protokół oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacja o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub postanowienie o umorzeniu postępowania)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub Dziecka
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego), jeśli zgłoszenie dotyczy Dziecka

### POWAŻNE ZACHOROWANIE

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego)

- dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia
- protokół policyjny lub postanowienia z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania poważnego zachorowania Dziecka policja lub prokuratura prowadziły postępowanie

### ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego)
- dokumentację potwierdzającą wystąpienie szkody, niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli Ubezpieczony ją posiada
- faktury, rachunki, do zapłaty których zobowiązany był Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko
- oświadczenie sprawcy lub opiekuna prawnego dziecka

### ZŁAMANIA KOŚCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony lub Dziecko byli zarejestrowani, leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub Dziecka
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego), jeśli zgłoszenie dotyczy Dziecka

## Oświadczenia Ubezpieczonego / pełnoletniego Dziecka / Opiekuna prawnego Dziecka

Złożenie niniejszych oświadczeń jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

1. Ja niżej podpisany/-a zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy leczyli i opiekowali się mną/moim dzieckiem, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa, (Towarzystwo) moich/mojego dziecka danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych Towarzystwu do celów związanych z obsługą zgłaszanego roszczenia.  
Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

Tak  Nie

3. Ja, niżej podpisany/-a, zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Zdrowie dla Klientów Providenta i wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi/mojemu dziecku świadczeń zdrowotnych, o informację lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji lub dokumentacji medycznej o stanie zdrowia obejmuje: (1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona; (2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania; (3) wyniki przeprowadzonych konsultacji; (4) przyczyny mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

– Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa;

– innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem/-am ubezpieczony/-a/ lub moje dziecko jest lub było ubezpieczone lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez Ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych, w tym danych o stanie zdrowia.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Tak  Nie

  D  D  M  M  R  R  R  R  R  R  

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego/ pełnoletniego Dziecka / Opiekuna prawnego Dziecka

Prosimy o przesłanie zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

Prosimy o umieszczenie na kopercie dopisku: Roszczenia Bancassurance

Do wypełnienia w przypadku złożenia wniosku o wypłatę roszczenia u Doradcy Klienta lub w oddziale Provident Polska S.A.

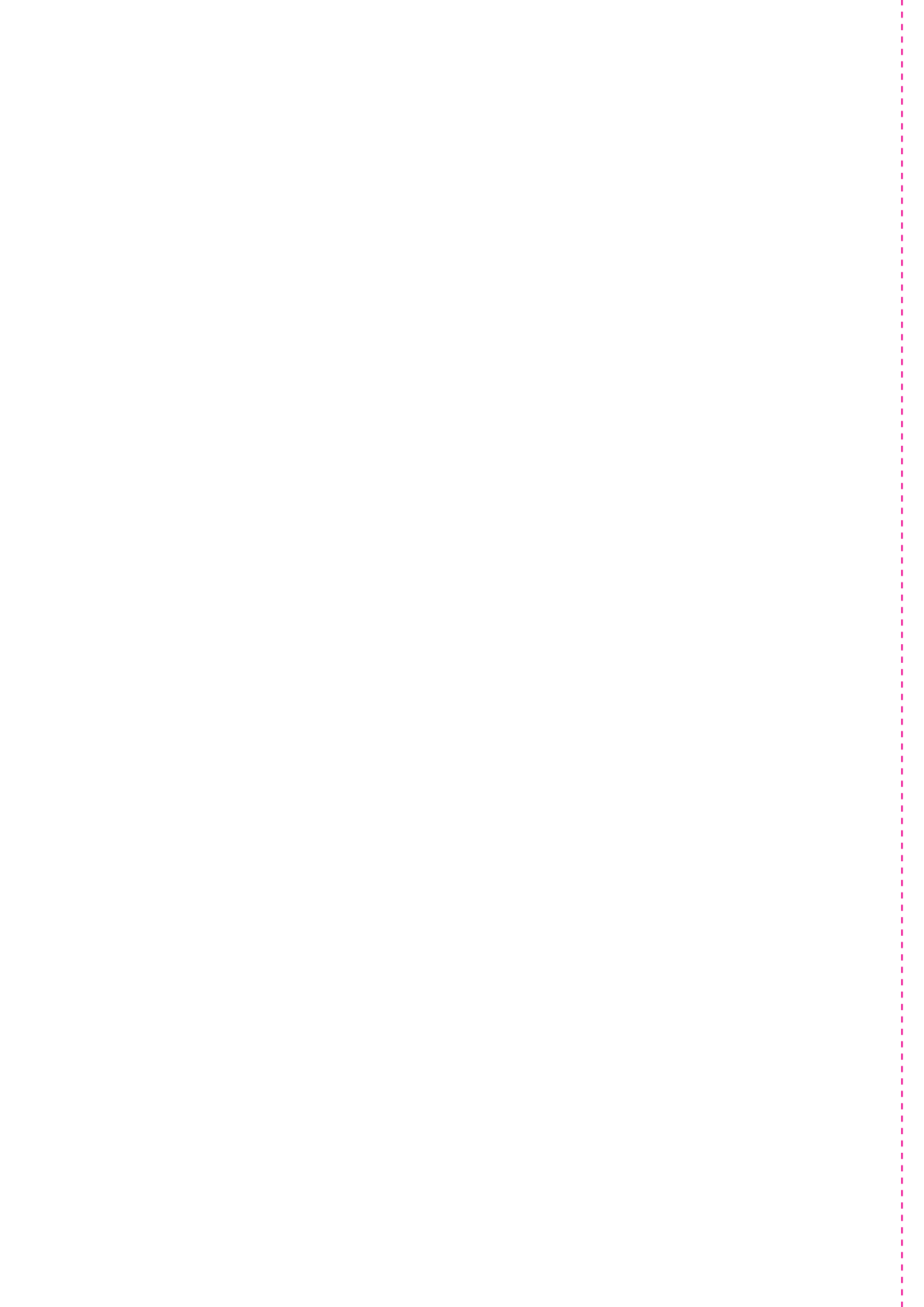
Oświadczam, iż dokonałem weryfikacji tożsamości osoby składającej dokumenty na podstawie jej dokumentu tożsamości.

  D  D  M  M  R  R  R  R  R  R  

Data

Miejscowość

Podpis osoby przyjmującej dokumentację





## W trosce o Twoje dane

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych (dotyczy wniosku roszczeniowego)

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
2. Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
  - wykonania umowy ubezpieczenia, w tym np. rozpatrzenia roszczenia z umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a w zakresie, w jakim do wykonania umowy ubezpieczenia niezbędne jest przetwarzanie Państwa danych osobowych o stanie zdrowia (tzw. szczególne kategorie danych osobowych lub dane wrażliwe) – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że ta zgoda została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
  - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
  - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń;
  - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę AXA.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem rozpatrzenia roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność oceny zasadności roszczenia.
4. Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
  - a) do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
  - b) do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
  - c) do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.
5. AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
  - a) podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa;
  - b) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
6. Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).

Mogą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego, składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie [axa.pl](http://axa.pl).
7. Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych\*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu w przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. Jeżeli uznają Państwo iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub Ustawy, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
9. Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail [inspektor@axa.pl](mailto:inspektor@axa.pl).



Ważne:

Treści oznaczone gwiazdką (\*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r., bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.

Do dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – powoływanej powyżej jako Ustawa.





# Formularz

## odstąpienia od ubezpieczenia / wypowiedzenia ubezpieczenia / rezygnacji z ubezpieczenia

Wypełnić wyłącznie oświadczenie dotyczące właściwego pakietu.

Dane osobowe do uzupełnienia w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia Pakiet Medyczny lub Pakiet Ochronny	Dane osobowe do uzupełnienia w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia Pakiet Zdrowie lub Pakiet Życie
<p>Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że odstępuję od /rezygnuję z ubezpieczenia, którym zostałem/-am objęty/-a jako Pożyczkobiorca wskazanej poniżej umowy pożyczki.</p> <p>Prosimy zaznaczyć X przy danym typie ubezpieczenia, którego dotyczy odstąpienie/rezygnacja.</p> <p><input type="checkbox"/> Pakiet Medyczny*    <input type="checkbox"/> Pakiet Ochronny*</p> <hr/> <p>Imię Ubezpieczonego</p> <hr/> <p>Nazwisko Ubezpieczonego</p> <hr/> <p>PESEL</p> <hr/> <p>Numer umowy pożyczki konsumenckiej    Numer umowy pożyczki konsumenckiej</p>	<p>Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że odstępuję od ubezpieczenia / wypowiadam wskazane poniżej ubezpieczenie.</p> <p>Prosimy zaznaczyć X przy danym typie ubezpieczenia, którego dotyczy odstąpienie/wypowiedzenie/rezygnacja.</p> <p><input type="checkbox"/> Pakiet Zdrowie*    <input type="checkbox"/> Pakiet Życie*</p> <hr/> <p>Imię Ubezpieczonego</p> <hr/> <p>Nazwisko Ubezpieczonego</p> <hr/> <p>PESEL</p> <hr/> <p>Numer Wnioskopolisy    Numer Wnioskopolisy</p>

W przypadku złożenia niniejszego oświadczenia w terminie 30 dni (z zastrzeżeniem że w odniesieniu do Klientów, którzy zawarli umowę pożyczki konsumenckiej i skorzystali ze specjalnej oferty produktowej/promocji „Za 0 w miesiąc” oraz jednocześnie skorzystali z uprawnień wprowadzonego aneksem do umowy pożyczki konsumenckiej/regulaminem promocji, tj. faktycznie skorzystali z oferty, termin ten wynosi 60 dni) odpowiednio od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub zawarcia umowy ubezpieczenia jest ono skuteczne jako **odstąpienie od ubezpieczenia (wszystkie pakiety w ramach ubezpieczenia)**. W przypadku odstąpienia od ubezpieczenia, Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu przysługuje zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej.

W przypadku złożenia niniejszego oświadczenia po upływie 30 dni (z zastrzeżeniem że w odniesieniu do Klientów, którzy zawarli umowę pożyczki konsumenckiej i skorzystali ze specjalnej oferty produktowej/promocji „Za 0 w miesiąc” oraz jednocześnie skorzystali z uprawnień wprowadzonego aneksem do umowy pożyczki konsumenckiej/regulaminem promocji, tj. faktycznie skorzystali z oferty, termin ten wynosi 60 dni) odpowiednio od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub zawarcia umowy ubezpieczenia jest ono skuteczne jako **wypowiedzenie ubezpieczenia (Pakiet Zdrowie oraz Pakiet Życie) albo rezygnacja z ubezpieczenia (Pakiet Medyczny oraz Pakiet Ochronny)**. W przypadku wypowiedzenia/rezygnacji z ubezpieczenia Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu przysługuje zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej należnej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Niniejszym upoważniam Provident Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4A do odbioru w moim imieniu od Ubezpieczyciela oferującego ubezpieczenie, którego niniejsze oświadczenie dotyczy, należnego mi w wyniku odstąpienia od umowy ubezpieczenia / wypowiedzenia umowy ubezpieczenia / rezygnacji z umowy ubezpieczenia zwrotu składki ubezpieczeniowej.

W przypadku gdy niniejsze odstąpienie od ubezpieczenia ma miejsce jednocześnie z odstąpieniem od umowy pożyczki konsumenckiej zawartej z Provident Polska S.A. (dalej: Pożyczkodawca) lub skorzystaniem ze specjalnej oferty produktowej/promocji „Za 0 w miesiąc”, upoważniam Provident Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4A do zaliczenia kwoty składki ubezpieczeniowej zwróconej przez Ubezpieczyciela, którego niniejsze oświadczenie dotyczy, na poczet spłaty (zwrotu Pożyczkodawcy) udostępnionej mi całkowitej kwoty pożyczki wypłaconej mi na podstawie przedmiotowej umowy pożyczki konsumenckiej.

W pozostałych przypadkach Provident Polska S.A. przekaże należny zwrot składki ubezpieczeniowej bezpośrednio Ubezpieczającemu (Pakiet Zdrowie oraz Pakiet Życie) / Ubezpieczonemu (Pakiet Medyczny oraz Pakiet Ochronny).

Miejscowość \_\_\_\_\_ Data   D  D  M  M  R  R  R  R   \_\_\_\_\_ Podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

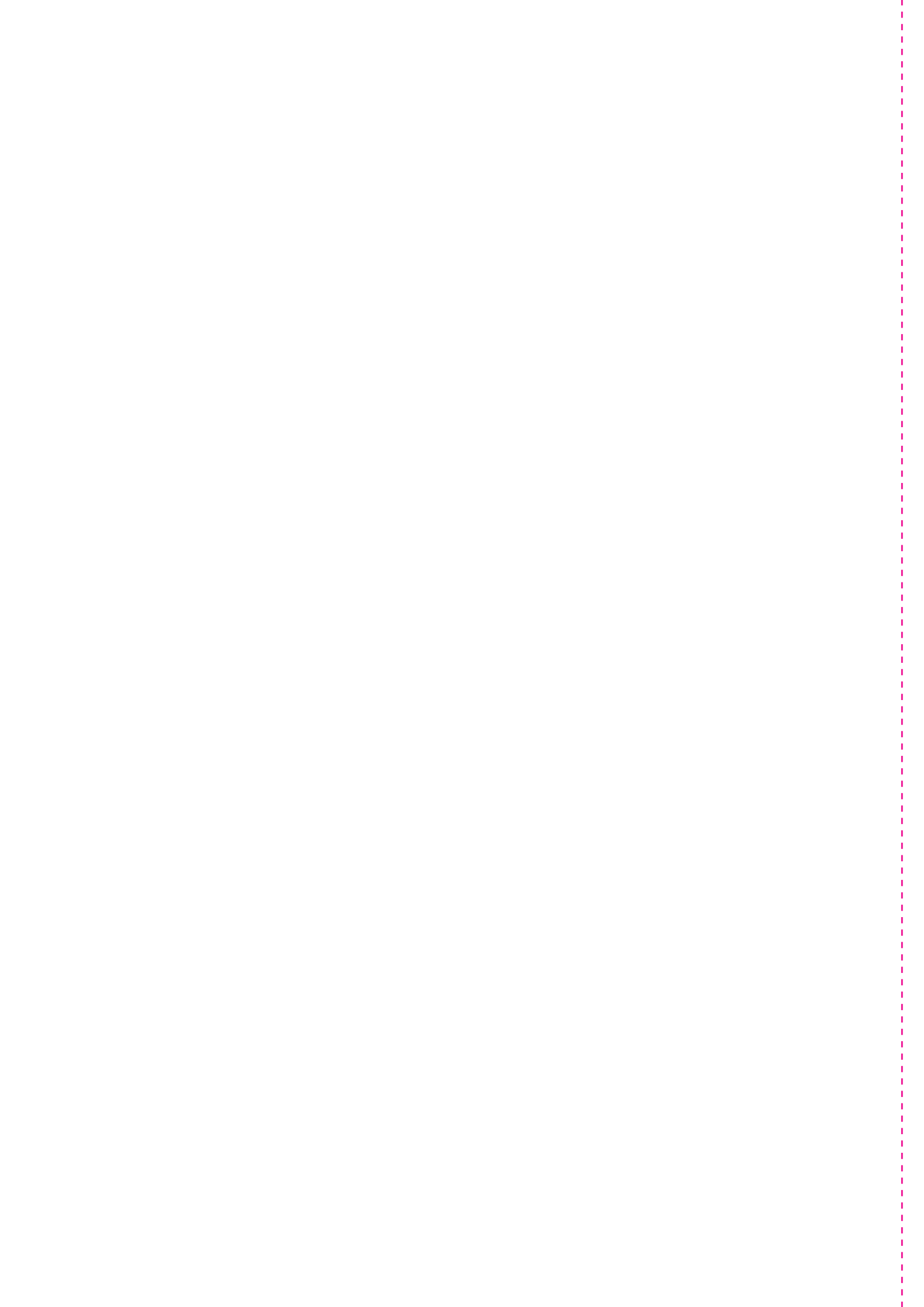
\* Podane nazwy odnoszą się do następujących produktów ubezpieczeniowych w ofercie Provident Polska S.A.:

Pakiet Medyczny – grupowe ubezpieczenie Pakiet Medyczny (AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51)

Pakiet Ochronny – grupowe ubezpieczenie na życie Pakiet Ochronny (MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Przemysłowej 26)

Pakiet Zdrowie – ubezpieczenie Pakiet Zdrowie dla Klientów Providenta (AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51)

Pakiet Życie – ubezpieczenie Pakiet Życie dla Klientów Providenta (AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51)









AXA jest światowym liderem  
w ubezpieczeniach i zarządzaniu aktywami.  
W Polsce AXA jest obecna od 2006 roku.  
Oferuje ubezpieczenia na życie, inwestycyjne,  
wypadkowe, komunikacyjne, turystyczne,  
majątkowe, otwarty fundusz emerytalny  
oraz usługi zarządzania aktywami.

**axa.pl**

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.  
ul. Chłodna 51  
00-867 Warszawa  
Polska  
+48 22 555 05 06  
801 200 200