

Załącznik nr 1 do Aneksu nr 2/2014 do Umowy Generalnej dotyczącej współpracy w zakresie umowy ubezpieczenia grupowego „Pakiet Medyczny” dla Klientów POLISA-ŻYCIE” TU SA Vienna Insurance Group



Artykuł 1

Postanowienia ogólne. Definicje.

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny” zwane dalej Warunkami Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny” określają zasady udzielania Klientom „POLISA-ŻYCIE” Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group zwane dalej „POLISA-ŻYCIE”, przez AGA International SA Oddział w Polsce, zwaną dalej „Ubezpieczycielem” ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług assistance świadczonych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, związanych z zaistnieniem nieszczęśliwego wypadku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Ubezpieczyciel realizuje wszelkie świadczenia wynikające z Warunków Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny” przez przedstawiciela, którym jest Mondial Assistance Sp. z o. o., ul. Domaniewska 50B Warszawa, tel. 022 563 111 0 zwana dalej „Centrum Pomocy”.
3. Pod pojęciem „Ubezpieczony” rozumie się osobę objętą ochroną ubezpieczeniową przez „POLISA-ŻYCIE” w ramach Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia Dzieci i Młodzieży SCHOLAR, oraz Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia Dzieci i Młodzieży Super SCHOLAR, która nie wyraziła sprzeciwu na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny”.
4. Pod pojęciem „Ubezpieczający” rozumie się „POLISA-ŻYCIE”.
5. Pod pojęciem „miejsce zamieszkania” rozumie się lokal mieszkalny lub dom jednorodzinny pod adresem zamieszkania lub adresem korespondencyjnym Ubezpieczonego, pod warunkiem że adres ten znajduje się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Pod pojęciem „miejsce pobytu” rozumie się adres na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, który wskazał Ubezpieczony zgłaszając do Centrum Pomocy prośbę o pomoc.
7. Pod pojęciem „nieszczęśliwy wypadek” rozumie się nagłe zdarzenie, które miało miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.
8. Pod pojęciem „lekarz uprawniony” rozumie się lekarza – konsultanta Centrum Pomocy.
9. Pod pojęciem „lekarz prowadzący” rozumie się lekarza, pod którego opieką znajduje się Ubezpieczony.
10. Pod pojęciem placówka medyczna rozumie się szpital, przychodnię lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
11. Pod pojęciem okres odpowiedzialności rozumie się, okres w którym Ubezpieczony ma prawo korzystać z usług assistance, wskazanych w artykule 3; rozpoczynający się w pierwszym dniu odpowiedzialności względem tego Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia o której mowa w ust. 3 pod warunkiem potwierdzenia przez Ubezpieczającego faktu udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Okres odpowiedzialności kończy się w dniu wygaśnięcia względem Ubezpieczonego odpowiedzialności z tytułu umowy o której mowa w ust. 3.

Artykuł 2

Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego w zakresie określonym w artykule 3.

Artykuł 3

Zakres usług assistance świadczonych Ubezpieczonemu.

1. Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
 - 1) **wizyta lekarska w przypadku nieszczęśliwego wypadku** - zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) **dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza prowadzącego** w sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku wymaga leżenia. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 300 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) **transport medyczny z miejsca zamieszkania do odpowiedniej placówki medycznej** wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia nieszczęśliwego wypadku wymagającego pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany do łącznej kwoty 300 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 4) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** w przypadku gdy w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany do łącznej kwoty 300 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 5) **organizację prywatnych lekcji** – zorganizowanie i pokrycie kosztów prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania Dziecka do łącznej kwoty 500 zł na rok w odniesieniu do wszystkich zdarzeń związanych z nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Dziecko będzie musiało przebywać w domu powyżej 10 dni, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;

2. Limity kosztów na usługi, o których mowa w ust. 1 pkt. 1) - 5) mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
3. O celowości organizacji i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 1, decyduje lekarz uprawniony.
4. Ponadto, Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu:
 - informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
 - informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
 - informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - informację medyczną, w tym informację o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - informację o dietach, zdrowym żywieniu;
 - dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego oraz Ubezpieczyciela.

Artykuł 4

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - a) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - b) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie zwraca:
 - 1) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Pomocy, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;
 - 2) kosztów zakupu leków (odpowiedzialnością nie objęte są braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 3) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii zorganizowanej zarówno bez uzgodnienia z Centrum Pomocy jak i po uzgodnieniu z Centrum Pomocy, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - c) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - d) chorób psychicznych;
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny;
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza do ustalenia;
 - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - k) chorób przewlekłych.
 - l) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od Ubezpieczyciela: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, szczególnymi okolicznościami a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

Artykuł 5

Postępowanie w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

1. W razie zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony jest obowiązany niezwłocznie zgłosić się telefonicznie pod numer telefonu w Warszawie: 022 563 111 0 do Centrum Pomocy i podać następujące informacje:
 - 1) status osoby zgłaszającej (Ubezpieczony)
 - 2) PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - 3) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 4) miejsce pobytu osoby zgłaszającej,
 - 5) nazwę szkoły, do której uczęszcza,
 - 6) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą,
 - 7) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 8) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Pomocy do realizacji usług asystance.
2. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę .
3. W przypadku niezastosowania się Ubezpieczonego do postanowień ust. 1 i 2 Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zwrotu w całości lub w części kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, nawet jeśli mieszczą się one w limitach.

Artykuł 6

Obowiązki Ubezpieczonego.

W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest, poza zgłoszeniem do Centrum Pomocy, użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia skutków zdarzeń. Jeżeli Ubezpieczony dopuści się rażącego niedbalstwa w wykonaniu powyższych obowiązków, Ubezpieczyciel może odmówić realizacji usługi asystance w całości albo w części, chyba że wykonanie całości lub części tej usługi odpowiada w danych okolicznościach zasadom współżycia społecznego bądź względem słuszności.

Artykuł 7

Postanowienia końcowe

1. Z dniem realizacji przez Ubezpieczyciela usługi asystance, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę powstałą w wyniku nieszczęśliwego wypadku przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wykonanej usługi asystance.
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. W kwestiach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczenia Pakiet Medyczny mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
4. Miejszem wykonania umowy jest Warszawa. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy można wytoczyć przed sądem właściwym według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla siedziby Ubezpieczającego albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
5. Skargi lub zażalenia związane z wykonywaniem Umowy, Ubezpieczony może zgłaszać pisemnie do Mondial Assistance Sp. z o. o., ul. Domaniewska 50 B, 02-672 Warszawa, fax.: 0-22-522-25-20 w ciągu 30 dni od wystąpienia zdarzenia będącego przyczyną skargi. Skarga zostanie rozpatrzona w ciągu 14 dni od pisemnego złożenia jej do Mondial Assistance Sp. z o. o.
6. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny” przyjęte zostały Uchwałą Dyrekcji Generalnej AGA International SA Oddział w Polsce nr Uchwały U/019/2014 z dnia 29 sierpnia 2014 r. i wchodzi w życie z dniem 30 sierpnia 2014 r.

Warszawa, 29 sierpnia 2014 r.

