

Ogólne warunki Ubezpieczenia „Program Assistance”

§ 1. Definicje i postanowienia ogólne

1.

Użytych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „Program Assistance” określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia, polegające na:
 - a) wystąpieniu u Ubezpieczonego nagłego zachorowania;
 - b) wystąpieniu u Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku;
 - c) zejściu w życie Ubezpieczonego któregośkolwiek ze zdarzeń losowych wymienionych w § 2. ust.1. pkt 5;
 - d) chorobie dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej pozostającej pod opieką Ubezpieczonego;
 - e) urodzeniu się dziecka Ubezpieczonemu;
- 2) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała;
- 4) **lekarz centrum operacyjnego** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
- 5) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 6) **choroba przewlekła** – jeden z wymienionych poniżej, stanów chorobowych, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia; Za chorobę przewlekłą uznaje się:
 - a) niewydolność układu krążenia objawiającą się szybkim męczeniem i nasiloną dusznością, które pojawiają się przy codziennej podstawowej aktywności życiowej, przebyte udar mózgu lub krwotok do mózgu z utrzymującym się niedowładem, porażeniem lub zaburzeniami mowy – wymagający stałej kontroli lekarskiej i rehabilitacji,
 - b) nowotwór złośliwy rozpoznany w okresie 5 lat poprzedzających objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - c) powikłania cukrzycy w postaci uszkodzenia naczyń krwionośnych siatkówki oka, naczyń krwionośnych serca, mózgu i kończyn dolnych oraz uszkodzenia nerek objawiającego się ich niewydolnością,
 - d) przewlekłą niewydolność wątroby,
 - e) nosicielstwo wirusa HIV /zespół AIDS,
 - f) stwardnienie rozsiane,
 - g) chorobę Alzheimera i inne zespoły otępienia na tle zwyrodnieniowym mózgu, prowadzące do upośledzenia funkcji pamięci, myślenia, rozumienia oraz do zaburzeń zachowania i zmiany osobowości,
 - h) przewlekłe choroby psychiczne wymagające stałego leczenia psychiatrycznego,
 - i) ciężkie nieodwracalne zaburzenia układu ruchu wymagające stałego leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego,
 - j) uzależnienie od narkotyków / substancji odurzających,
 - k) przewlekłą schyłkową niewydolność nerek wymagającą włączenia leczenia nerkozastępczego – hemodializy lub dializy otrzewnowej,
 - l) stan po przeszczepieniu narządów,
 - m) wrodzone choroby i wady wymagające stałej kontroli i opieki lekarskiej,
 - n) nieswoiste choroby zapalne jelit, takie jak: choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodzące zapalenie jelita grubego;
- 7) **rodzic Ubezpieczonego** – ojciec lub matka Ubezpieczonego;
- 8) **poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 9) **dziecko Ubezpieczonego** – dziecko Ubezpieczonego w wieku od 14 dnia życia do ukończenia 18 roku życia;
- 10) **małżonek Ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- 11) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
- 12) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 13) **transport medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Centrum Operacyjne w sposób wskazany przez lekarza Centrum Operacyjnego, dostosowany do stanu zdrowia i świadczony jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego nie zagraża życiu i nie wymaga świadczeń pogotowia ratunkowego;
- 14) **Ubezpieczony** – osoba, na rzecz której niniejsza umowa ubezpieczenia została zawarta, będąca jednocześnie osobą objętą ochroną ubezpieczeniową przez Aviva w ramach umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, która przystąpiła do umowy ubezpieczenia regulowanej niniejszymi warunkami ogólnymi;
- 15) **Ubezpieczający** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, zwane dalej „Aviva”;
- 16) **Ubezpieczyciel** – Mondial Assistance International AG SA Główny Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewska 50B;
- 17) **umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia zawarta w dniu 28 maja 2010 roku pomiędzy Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA a Mondial Assistance International AG SA Główny Oddział w Polsce;
- 18) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Aviva udzielający Ubezpieczonemu świadczeń opiekuńczych, dostępny pod czynnym całą dobę numerem telefonu: 022 563 12 33;
- 19) **ciężkie zachorowanie** – poważne schorzenie lub nieprawidłowość w funkcjonowaniu narządów ciała zagrażające życiu Ubezpieczonego.

2.

- 1) Do umowy ubezpieczenia mogą przystąpić wyłącznie osoby, które zostały objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach indywidualnej lub grupowej wersji umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow” zawartej z Ubezpieczającym.
- 2) W celu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, osoby ubiegające się o objęcie ich ochroną w ramach umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, składają oświadczenie o zgodzie na objęcie ich ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia „Pakiet Assistance”.
- 3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia w trybie uzgodnionym w umowie ubezpieczenia.
- 4) Ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia objęty jest Ubezpieczony spełniający warunki definicji wskazanej w § 1 ust. 1 pkt 14.
- 5) Ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z niniejszej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, rozpoczyna się i kończy odpowiednio w dacie początku i końca ochrony ubezpieczeniowej polegającej na umożliwieniu korzystania z usług zdrowotnych przysługujących Ubezpieczonemu z tytułu umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”.

3.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

4.

Na podstawie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielanych świadczeń opiekuńczych zdefiniowanych w § 2.

5.

Świadczenia opiekuńcze udzielane są przez Ubezpieczyciela za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.

6.

Ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia jedynie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia.

7.

Wszystkie świadczenia opiekuńcze wykonywane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

8.

Górny limit na świadczenia o których mowa w §2 ust. 2, 3, 4, 5, wynosi łącznie 2 000 zł na każde zdarzenie ubezpieczeniowe.

9.

O celowości organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 2 decyduje lekarz Centrum Operacyjnego.

§ 2. Zakres ubezpieczenia

1.

Zakres ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze:

- 1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia nagłego zachorowania;
- 2) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
- 3) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w przypadku urodzenia się dziecka;
- 4) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej;
- 5) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonemu takich jak:
 - a) zgon dziecka Ubezpieczonego;
 - b) zgon małżonka Ubezpieczonego;
 - c) zgon rodzica Ubezpieczonego;
 - d) ciężkie zachorowanie Ubezpieczonego;
- 6) zdrowotne usługi informacyjne;
- 7) dostęp do infolinii „Baby Assistance”;
- 8) telefoniczna konsultacja medyczna.

2.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1. pkt 1), 2) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:

- 1) **wizyta lekarza** – w sytuacji gdy na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1a) lub 1b) Ubezpieczony wymaga wizyty lekarskiej Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizuje i pokryje

- koszty dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego. W odniesieniu do nagłego zachorowania wizyta lekarza świadczona jest maksymalnie 3 razy w ciągu roku.
- 2) **transport medyczny z miejsca zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do odpowiedniej placówki medycznej** wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1a) lub 1b) wymagającego pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.
 - 3) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1a) lub 1b) Ubezpieczony przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.
 - 4) **transport medyczny między placówkami medycznymi** w przypadku gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1a) lub 1b), nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.
 - 5) **dostarczenie do miejsca pobytu leków** zaordynowanych przez lekarza w sytuacji gdy Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt. 1a) lub 1b) zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wymaga leżenia. Ubezpieczyciel pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 6) **wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt. 1a) lub 1b) Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu Ubezpieczyciel zapewnia pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 7) **organizacja dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt. 1a) lub 1b) Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) **wizyta pielęgniarki** – w sytuacji gdy Ubezpieczony na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1a) lub 1b) wymaga pomocy pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki.

3.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1. pkt 3) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia, jakim jest urodzenie się dziecka:

- 1) **pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala. Ubezpieczyciel pokrywa koszty jednej wizyty do łącznej kwoty 200 zł. Opieka nad nowonarodzonym dzieckiem obejmuje:
 - a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia,
 - b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka,
 - c) porady w razie problemów z laktacją,
 - d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu,
 - e) edukację w zakresie szczepień ochronnych.

4.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1. pkt 4) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia jakim jest nagłe zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej:

- 1) **opieka nad dziećmi Ubezpieczonego lub osobą niesamodzielną w razie ich nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku potwierdzonego przez lekarza nagłego zachorowania dziecka lub osoby niesamodzielnej lub udokumentowanego nieszczęśliwego wypadku dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną przez okres maksymalnie dwóch dni. Świadczenie jest realizowane maksymalnie 2 razy w ciągu roku na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą jedynie w sytuacji gdy Ubezpieczony nie może skorzystać ze zwolnienia lekarskiego a w miejscu zamieszkania nie ma żadnej innej osoby, która mogłaby sprawować opiekę;
- 2) **organizacja pobytu Ubezpieczonego bądź jego współmałżonka w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka** – w sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego jest hospitalizowane na skutek nagłego zachorowania bądź nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko Ubezpieczonego lub hotelu przyszpitalnym do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

5.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1. pkt 5), Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Na prośbę Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.

6.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1. pkt 6), Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu:

- 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania;

- 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
- 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
- 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
- 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
- 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
- 7) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach;
- 8) informowanie o przebiegu zalecanych formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
- 9) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów);
- 10) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
- 11) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;
- 12) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę;
- 13) informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne.

7.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1. pkt 7), Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance” do informacji o:

- 1) objawach ciąży;
- 2) badaniach prenatalnych;
- 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
- 4) szkołach rodzenia;
- 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
- 6) karmieniu noworodka;
- 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;
- 8) pielęgnacji noworodka.

8.

W ramach świadczenia w ust. 1 pkt 8, Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu całodobowy, telefoniczny dostęp do lekarza Centrum Operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania;

9.

Informacje, o których mowa w ust. 6, 7 i 8 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza centrum operacyjnego lub Ubezpieczyciela.

§ 3. Wyłączenia odpowiedzialności

1.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje:

- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem treści § 4. ust. 7;
- 3) kosztów zakupu leków (Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
- 4) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, 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 nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarskimi bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - d) chorób psychicznych;
 - e) zdarzeń powstałych w wyniku popelnienia lub usiłowania popelnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowo umyślnego przestępstwa;
 - 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, szymbornictwo, 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 zachowawczym lub zabiegowemu, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - k) chorób przewlekłych, zdiagnozowanych przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia.

§ 4. Postępowanie w przypadku szkody

1.

W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę, 365 dni w roku.

2.

Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:

- a) imię i nazwisko;
- b) adres zamieszkania;

- c) numer polisy;
- d) okres ubezpieczenia;
- e) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
- f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
- g) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

3.

Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego dostarczyć wskazane dokumenty, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.

4.

Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu przez Ubezpieczonego obowiązków określonych w ustępach powyższych

5.

O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować Ubezpieczonego.

6.

W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3 niniejszego paragrafu, Ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

7.

W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w § 2. ust. 2, 3, 4 i 5 Ubezpieczyciel może zwrócić Ubezpieczonemu w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu dwudziestu dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.

8.

Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 7., rozumie się:

- 1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2. ust. 2. pkt 2) i 4) – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
- 2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2. ust. 2. pkt 3) – datę wypisu ze szpitala;
- 3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2. ust. 2. pkt 6), 7) – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

§ 5. Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie postanowienia umowy ubezpieczenia, Kodeksu cywilnego i innych przepisów prawa.

2.

Niniejsze warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Mondial Assistance International AG SA Główny Oddział w Polsce nr U/020/2010 z dnia 27 kwietnia 2010 roku i wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2010 roku.



Tomasz Frączek
Dyrektor Głównego Oddziału



Agnieszka Walczak-Kuc
Zastępca Dyrektora Głównego Oddziału