

Ogólne warunki ubezpieczenia „Raty pod ochroną” dla klientów EURO – net Sp. z o.o.

Informacja dotycząca zapisów Ogólnych warunków ubezpieczenia Raty pod ochroną dla klientów EURO – net Sp. z o.o.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	Artykuł 2 ust. 32, Artykuł 4 ust. 4, Artykuł 5 ust. 1-4, Artykuł 6 ust. 1-4, Artykuł 7 ust. 1-4, Artykuł 8 ust. 1-4, Artykuł 10 ust. 1 pkt 1 lit. a, ust. 2 pkt 1 lit. a, pkt 2 lit. a, pkt 3 lit. a, pkt 4 lit. a, ust. 3 pkt 1 lit. a, pkt 2 lit. a, pkt 3 lit. a, Artykuł 11 ust. 6-8.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Artykuł 5 ust. 5, Artykuł 6 ust. 5 i 6, Artykuł 7 ust. 6 i 7, Artykuł 8 ust. 5 i 6, Artykuł 10, Artykuł 11 ust. 3 i 4, Artykuł 12 ust. 3 i 4, Artykuł 13, Artykuł 14 ust. 7 i 17, Artykuł 15 ust. 3 i 4.

Artykuł 1.

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68 (00-838), zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000320749, NIP 108-00-06-955 działającą na mocy zezwolenia National Bank of Belgium/Financial Services and Markets Authority 0487, wchodzącą w skład grupy AXA, zwaną dalej Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym.

Artykuł 2.

Definicje pojęć

Pojęciom użytym w niniejszych OWU oraz innych dokumentach związanych z umową ubezpieczenia nadaje się znaczenie określone poniżej:

- Centrum Alarmowe Assistance** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, będąca jednostką działającą w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela zajmującą się czynnościami obsługowymi w ramach umowy ubezpieczenia, a w szczególności organizacją świadczeń assistance określonych w niniejszych OWU.
- Choroba przewlekła** – choroba zdiagnozowana przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.
- Choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentystę, przy czym rozpo-

znanie może być utrwalone także w formie akronimu albo pod postacią kodu ICD-10.

- Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, powstała na skutek urazu ciała spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, trwająca minimum siedem, nieprzerwanie następujących po sobie dni.
- Członek rodziny** – współmałżonek lub Partner, dzieci własne lub przysposobione, które nie ukończyły 18 roku życia, matka, ojciec Ubezpieczającego.
- Działalność gospodarcza** – działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tj. Dz.U.2015.584) prowadzona przez Ubezpieczonego, na własny rachunek, na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, lub Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru prowadzonego przez właściwy organ.
- Dzień Pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu kalendarzowym trwał jego Pobyt w Szpitalu.
- Dzień Utraty pracy** – data rozwiązania/odwołania Stosunku pracy lub zakończenia Działalności gospodarczej, potwierdzona zmianami w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
- EURO-net Sp. z o.o./Agent** – EURO-net Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: 02-273 Warszawa, ul. Muszkietierów 15, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, Wydział XIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000117710, o numerze NIP 5270005984, o numerze REGON 010137837, o numerze rejestrowym GIOS E0003818WBW, o kapitale zakładowym w wysokości 560 190 zł, będąca agentem

ubezpieczeniowym Ubezpieczyciela w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa.

- Klient** – osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych i dokonująca w EURO-net Sp. z o.o. zakupu towaru.
- Kredyt** – umowa kredytu ratalnego zawarta za pośrednictwem EURO-net Sp. z o.o. pomiędzy Klientem, a bankiem finansującym w celu finansowania Zakupu towaru.
- Lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym lub Członkiem rodziny w Szpitalu, w którym Ubezpieczony lub Członek rodziny poddał się leczeniu.
- Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły, stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak nie wymagający interwencji pogotowia ratunkowego.
- Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, mające miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które wystąpiło w okresie ubezpieczenia, wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależną od woli Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu lub rozstroju zdrowia lub zmarł. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się urazów i chorób związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi lub następujących zmian chorobowych: zawału serca, wylewu krwi, udaru, krwotoku śródmózgowego, padaczki, zatrucia oraz wszelkich innych chorób i infekcji, również tych, które wystąpiły nagle.
- Partner** – osoba prowadząca z Ubezpieczającym wspólne gospodarstwo domowe i nie będąca z nim w związku małżeńskim, a także z nim niespokrewniona.
- Pierwotny harmonogram spłat** – terminarz (harmonogram) spłat rat Kredytu sporządzony przy zawarciu Kredytu i obowiązujący jako pierwszy.

17. **Pobyt w Szpitalu** – pobyt w Szpitalu, trwający minimum 5 dni, w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku, których nie można leczyć ambulatoryjnie; za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze Szpitala.
18. **Rachunki** – rachunki dotyczące miejsca zamieszkania wystawione na Ubezpieczającego lub małżonka Ubezpieczającego lub Partnera za gaz, energię elektryczną, czynsz, Internet, telefon, olej opałowy.
19. **Reklamacja** – wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, będącego osobą fizyczną, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela. Za Reklamację uważa się także brak zgody roszczonego co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo co do wysokości świadczenia.
20. **Saldo zadłużenia** – kwota wynikająca z Pierwotnego harmonogramu spłat obliczana jako liczba rat, która pozostaje do spłaty po dniu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku pomnożona przez kwotę pojedynczej raty.
21. **Sporty wysokiego ryzyka** – wszystkie dyscypliny sportowe uprawiane w ramach Wyczynowego uprawiania sportu oraz poniżej wskazane dyscypliny sportowe uprawiane na poziomie rekreacyjnym: sporty motorowe, sporty kaskaderskie, sporty lotnicze, alpinizm, bungee jumping, surfing, windsurfing, kitesurfing, wakeboarding, jazda na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, narciarstwo ekstremalne, snowboarding ekstremalny, kajakarstwo wysokogórskie, sporty walki, bobsleje, saneczkarstwo, sztuki walki, downhill, jeździectwo, szermierka, sporty obronne, speleologia, skoki do wody, pletwonurkowanie, polowanie, skoki narciarskie, akrobatyka, gimnastyka sportowa, sporty strzeleckie, BASE jumping, rafting, icesurfing, skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle rowerowy, narciarski i snowboardowy, parkour, udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni, uczestniczenie w wyprawach survivalowych.
22. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, wspomagający proces rehabilitacji lub samodzielne funkcjonowanie Ubezpieczonego lub Członka rodziny Ubezpieczonego.
23. **Status bezrobotnego** – uzyskiwany przez osobę fizyczną status bezrobotnego, w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r., w której wskazane zostały przesłanki do uzyskania statusu bezrobotnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 674 z późn. zm.), lub w rozumieniu innych mających zastosowanie do Ubezpieczonego odpowiednich przepisów prawa polskiego.
24. **Stosunek pracy** – za stosunek pracy uważa się:
- 1) umowę o pracę lub stosunek służbowy zawarty na czas nieokreślony,
 - 2) umowę o pracę lub stosunek służbowy zawarty na czas określony, pod warunkiem, że zgodnie z umową data rozwiązania umowy o pracę lub data ustania stosunku służbowego jest późniejsza, niż data spłaty ostatniej raty Kredytu,
 - 3) Działalność gospodarczą.
25. **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa Rzeczypospolitej Polskiej, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowany personel medyczny 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 sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego, a także szpitala uzdrowsko-rehabilitacyjnego, szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego i ośrodka rehabilitacji.
26. **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł umowę ubezpieczenia; Ubezpieczający jest zawsze Ubezpieczonym.
27. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, przy czym w przypadku:
- 1) ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczenia spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu, ubezpieczenia Utraty pracy, ubezpieczenia assistance zawodowy – Ubezpieczonym jest wyłącznie Ubezpieczający,
 - 2) ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu, ubezpieczenia assistance medyczny – Ubezpieczonymi są Ubezpieczający, a w wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina również Członkowie rodziny.
28. **Ukąszenie przez kleszcza** – naruszenie tkanki skóry przez kleszcza.
29. **Utrata pracy** – utrata jedyne go stałego źródła dochodów w konsekwencji ustania Stosunku pracy w wyniku: zakończenia Działalności gospodarczej lub ustania Stosunku pracy w wyniku wypowiedzenia go przez pracodawcę, chyba, że wypowiedzenie nastąpiło w przypadkach wskazanych w art. 52 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. 1974 nr 24 poz. 141 z późn. zm.) lub rozwiązania na mocy porozumienia stron, chyba, że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn wskazanych w art. 52 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. 1974 nr 24 poz. 141 z późn. zm.).
30. **Wyczynowe uprawianie sportu** – regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, w tym w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, przy jednoczesnym pobieraniu wynagrodzenia z tego tytułu, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków.
31. **Zakup towaru** – zakup towarów i usług dokonany w EURO-net Sp. z o.o.
32. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – w zależności od wariantu ubezpieczenia stanowi:
- 1) Śmierć Ubezpieczonego – w ubezpieczeniu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) Nagłe zachorowanie – w ubezpieczeniu assistance medyczny w zakresie świadczenia: wizyta u lekarza specjalisty,
 - 3) Nieszczęśliwy wypadek – w ubezpieczeniu assistance medyczny w zakresie świadczeń: wizyta u lekarza specjalisty, refundacja leków, refundacja kosztów sprzętu rehabilitacyjnego, organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji,
 - 4) Pobyt w Szpitalu – w ubezpieczeniu Pobytu w Szpitalu, ubezpieczeniu spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu,
 - 5) Czasowa niezdolność do pracy – w ubezpieczeniu Czasowej niezdolności do pracy,
 - 6) Ukąszenie przez kleszcza – w ubezpieczeniu Assistance medyczny w zakresie świadczeń: refundacja kosztów wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza, organizacja i pokrycie kosztów lub refundacja kosztów badania kleszcza, refundacja kosztów antybiotykoterapii,
 - 7) Utrata pracy – w ubezpieczeniu Utraty pracy, ubezpieczeniu assistance zawodowy.
- Artykuł 3.**
Zawarcie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia, Okres odpowiedzialności, składka ubezpieczeniowa
1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów:
 - 1) Zdrowie,
 - 2) Zdrowie, Praca, Rodzina.
 2. Umowę ubezpieczenia może zawrzeć Klient, który dokonał Zakupu towaru.
 3. W celu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający składa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu dokumentu ubezpieczenia.
4. Prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia, opis świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia i tryb dochodzenia roszczeń w związku z zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem określone są w OWU.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzone jest dokumentem ubezpieczenia.
6. Agent udostępnia Klientowi OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres udzielenia Kredytu.
Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia oraz początek i koniec odpowiedzialności Ubezpieczyciela wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.
8. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry za cały okres trwania umowy ubezpieczenia.
9. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu ochrony ubezpieczeniowej ustalana jest przez Ubezpieczyciela z uwzględnieniem zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu trwania umowy ubezpieczenia oraz ceny Zakupu towaru. Wysokość składki ubezpieczeniowej wskazana jest na dokumencie ubezpieczenia.
10. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Ubezpieczającym przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za każdy niewykorzystany dzień okresu ubezpieczenia.
11. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej należnej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
12. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
- 1) w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
 - 2) z końcem okresu, na jaki została zawarta, wskazanego w dokumencie ubezpieczenia,
 - 3) z chwilą śmierci Ubezpieczonego,
 - 4) z chwilą odstąpienia od Kredytu.
13. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w okresie ubezpieczenia i ulega zmniejszeniu o kwotę wypłaconego świadczenia. W ramach sumy ubezpieczenia uwzględnia się limity na poszczególne świadczenia.
14. W przypadku ubezpieczenia Utraty pracy i ubezpieczenia assistance zawodowy stosuje się okres karencji wynoszący 90 dni, liczony od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, co jest uwzględnione w wyliczonej składce ubezpieczeniowej.
- Artykuł 4.**
Warianty i zakres umowy ubezpieczenia
1. Zakres ochrony w wariantcie Zdrowie obejmuje:
 - 1) śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego, dla Ubezpieczonych niezatrudnionych na podstawie Stosunku pracy,
 - 3) Czasowa niezdolność do pracy dla Ubezpieczonych zatrudnionych na podstawie Stosunku pracy,
 - 4) assistance medyczny.
 2. Zakres ochrony w wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina obejmuje świadczenia przewidziane w wariantcie Zdrowie i dodatkowo:
 - 1) Utratę pracy oraz assistance zawodowy – w tym zakresie Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową, gdy w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i/lub w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego zatrudniony był na podstawie Stosunku pracy,
 - 2) Spłatę Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu – w tym zakresie Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową, gdy w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i/lub w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego osiągał dochody na podstawie innych źródeł niż Stosunek pracy,
 - 3) Pobyt w Szpitalu Członka rodziny,
 - 4) assistance medyczny Członka rodziny.

- Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego, assistance zawodowy Ubezpieczonego i spłaty Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, udzielanej w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, uzależniony jest od spełnienia przez Ubezpieczonego przesłanek określonych w ust. 2 pkt 1) albo pkt 2) powyżej w dacie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w odniesieniu do którego przysługuje dane świadczenie.
- W wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina w ubezpieczeniu Pobytu w Szpitalu oraz assistance medycyny ochroną ubezpieczeniową dodatkowo objęty jest Członek rodziny.

Artykuł 5.

Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

- Przedmiotem ubezpieczenia jest śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
- W ubezpieczeniu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku sumę ubezpieczenia stanowi aktualnie na dzień śmierci Ubezpieczonego Saldo zadłużenia wynikające z Pierwotnego harmonogramu spłat.
- W ubezpieczeniu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku świadczenie jest wypłacane w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej stosownie do ust. 2.
- Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje w sytuacji zaistnienia związku przyczynowo skutkowego pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż w okresie 12 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wypłaca się uposażonemu, o którym mowa w ust. 8 poniżej.
- Wskazanie osoby uposażonego jest prawem Ubezpieczonego. Ubezpieczony dokonuje wskazania uposażonego poprzez przesłanie informacji o tym na piśmie na adres Ubezpieczyciela lub mailem na adres: euronet@axa-assistance.pl.
- W przypadku niewskazania uposażonego w sposób określony w ust. 8 uprawnionym do świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest, według następującej kolejności:
 - małżonek,
 - dzieci – w częściach równych,
 - rodzice – w częściach równych,
 - rodzeństwo – w częściach równych,
 - pozostałe osoby będące spadkobiercami Ubezpieczonego – w częściach równych, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu państwa.
- Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany lub odwołania uposażonego, w sposób określony w ust. 8 powyżej.

Artykuł 6.

Ubezpieczenie Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

- Przedmiotem ubezpieczenia jest Pobyt w Szpitalu przez Ubezpieczonego będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie mogą otrzymać Ubezpieczeni niezatrudnieni na podstawie Stosunku pracy, którzy zobowiązani są udokumentować swój Pobyt w Szpitalu kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o leczeniu szpitalnym Ubezpieczonego, pozwalającą ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
- Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu przysługuje odpowiednio po upływie pięciu dni Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego.

- Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych nieprzerwanych trzydziestu dni Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego.
- Z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu, przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia.
- Miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu równe jest kwocie raty kapitałowo-odsetkowej Kredytu wskazanej w Pierwotnym harmonogramie spłaty.
- Świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu wypłaca się Ubezpieczonemu, o którym mowa w artykule 21 ust. 23 pkt 27 ppkt 2).
- W przypadku równoczesnego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczającego i Członka rodziny Ubezpieczonego w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego.

Artykuł 7.

Ubezpieczenie spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu

- Przedmiotem ubezpieczenia jest spłata Rachunków przedstawionych przez Ubezpieczonego w razie Pobytu w Szpitalu.
- W ubezpieczeniu spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu wypłacane jest miesięczne świadczenie.
- Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu przysługuje po upływie pięciu dni Pobytu w Szpitalu.
- Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu przysługuje po upływie każdego kolejnego nieprzerwanego trzydziestodniowego okresu Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego.
- Pobyt w Szpitalu Ubezpieczony zobowiązany jest udokumentować kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o hospitalizacji Ubezpieczonego, pozwalające ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
- Z ubezpieczenia spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu, przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia.
- Wysokość miesięcznego świadczenia równa jest sumie kwot Rachunków, których termin płatności przypada w miesiącach Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego, nie więcej jednak niż 300 PLN.
- Świadczenie z tytułu spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu, o którym mowa w artykule 2 pkt 27 ppkt 2).

Artykuł 8.

Ubezpieczenie Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

- Przedmiotem ubezpieczenia jest Czasowa niezdolność do pracy przez Ubezpieczonego będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie mogą otrzymać Ubezpieczeni czerpiący dochody ze Stosunku pracy, którzy przedstawiają odpowiednio zaświadczenie lekarskie o Czasowej niezdolności do pracy.
- Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy przysługuje odpowiednio po upływie siedmiu dni Czasowej niezdolności do pracy przez Ubezpieczonego.
- Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych nieprzerwanych trzydziestu dni Czasowej niezdolności do pracy przez Ubezpieczonego.
- Z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia.

- Świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy równe jest kwocie raty kapitałowo-odsetkowej Kredytu wskazanej w Pierwotnym harmonogramie spłaty.
- Świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy wypłaca się Ubezpieczonemu, o którym mowa w artykule 2 pkt 27 ppkt 1).
- W przypadku równoczesnego Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczającego i Członka rodziny Ubezpieczonego w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.

Artykuł 9.

Ubezpieczenie assistance medycyny

- Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU.
- Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela kosztów świadczeń medycznych określonych w niniejszych OWU.
- Świadczenia medyczne realizowane są na wniosek Ubezpieczonego.
- W przypadku równoczesnego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego i Członka rodziny Ubezpieczonego w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku assistance medycyny przysługuje każdej z osób niezależnie.

Artykuł 10.

Zakres świadczeń medycznych w ubezpieczeniu assistance medycyny

- W razie wystąpienia Nagłego zachorowania Centrum Alarmowe Assistance organizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej:
 - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - świadczenie jest realizowane w placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem w terminie maksymalnie 5 dni roboczych,
 - w wariantcie Zdrowie Ubezpieczonemu przysługuje 1 wizyta w okresie ubezpieczenia, a w wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina – 3 wizyty w okresie ubezpieczenia.
- W przypadku Nieszczęśliwego wypadku, Centrum Alarmowe Assistance organizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty następujących świadczeń:
 - wizyta kontrolnej u lekarza specjalisty:
 - jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zaistniała konieczność wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty, Centrum Alarmowe Assistance – w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego – organizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty jednej wizyty Ubezpieczonego u właściwego lekarza specjalisty,
 - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - świadczenie jest realizowane w placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem w terminie maksymalnie 5 dni roboczych,
 - limit na wizytę u lekarza specjalisty w wariantcie Zdrowie wynosi 1 wizytę w okresie ubezpieczenia, a w wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina – 3 wizyty w okresie ubezpieczenia.
 - refundacja leków:
 - jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony otrzymał receptę na zakup leków od Lekarza prowadzącego, Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów zakupu leków do kwoty 500 PLN;

- b) zwrot kosztów zakupu leków dotyczy tylko leków z recepty otrzymanej i wypisanej przez Lekarza prowadzącego.
- 3) organizacja i pokrycie kosztów Sprzętu rehabilitacyjnego:
 - a) jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego,
 - b) Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody.
- 4) organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji:
 - a) jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:
 - i. wizyt fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego,
 - albo
 - ii. wizyt Ubezpieczonego w najbliższym miejscu pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej,
 - b) Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - c) świadczenie jest realizowane w placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego.
- 3. W razie Ukąszenia przez kleszcza, Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty następujących świadczeń:

- 1) refundacja kosztów wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza:
 - a) jeżeli w następstwie Ukąszenia przez kleszcza Ubezpieczony zgłosi zdarzenie do Centrum Alarmowego Assistance, Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów wizyty lekarskiej do kwoty 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony,
 - b) świadczenie realizowane jest w placówce medycznej wybranej przez Ubezpieczonego po uprzednim zgłoszeniu zdarzenia do Centrum Alarmowego Assistance.
- 2) organizacja i pokrycie kosztów lub refundacja kosztów badania kleszcza:
 - a) jeżeli w następstwie Ukąszenia przez kleszcza Ubezpieczony zgłosi zdarzenie do Centrum Alarmowego Assistance, Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty badania kleszcza pod kątem nosicielstwa patogenów do kwoty 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony,
 - b) świadczenie realizowane jest w placówce medycznej wybranej przez Ubezpieczyciela, po uprzednim zgłoszeniu zdarzenia do Centrum Alarmowego Assistance,
 - c) jeżeli w przypadku braku dostępności wybranej placówki współpracującej z Ubezpieczycielem, organizacja bezgotówkowego badania kleszcza nie będzie możliwa, Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów badania poniesionych w dowolnej placówce, do kwoty 500 PLN.
- 3) refundacja kosztów antybiotykoterapii:
 - a) jeżeli w następstwie Ukąszenia przez kleszcza Ubezpieczony zgłosi zdarzenie do Centrum Alarmowego Assistance, Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów zaleconej przez Lekarza prowadzącego antybiotykoterapii do kwoty

500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony,

- b) zwrot kosztów zakupu leków dotyczy tylko leków z recepty otrzymanej i wypisanej przez Lekarza prowadzącego.

Artykuł 11.

Ubezpieczenie Utraty pracy

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Utrata pracy przez Ubezpieczonego.
2. W ubezpieczeniu Utraty pracy wypłacane jest miesięczne świadczenie.
3. Z ubezpieczenia Utraty pracy Ubezpieczonemu, o którym mowa w artykule 2 pkt 27 ppkt 1) przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia.
4. Miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy równe jest kwocie raty kapitałowo odsetkowej Kredytu przypadającej do zapłaty po dniu Utraty pracy.
5. Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy w momencie uzyskania Statusu bezrobotnego, jeżeli Utrata pracy nastąpiła po upływie 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.
6. Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy przysługuje z zastrzeżeniem ust. 5 w miesiącu uzyskania statusu bezrobotnego przez Ubezpieczonego.
7. Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu Utraty pracy przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych nieprzerwanych okresów trzydziestu dni utrzymania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego liczonych od zakończenia miesiąca, w którym nastąpiła wypłata pierwszego świadczenia.
8. W razie Utraty pracy w przypadku zatrudnienia na czas określony, ostatnie miesięczne świadczenie z tytułu Utraty pracy jest wypłacane za trzydziestodniowy okres pozostawania Ubezpieczonego bez zatrudnienia, przypadający po dacie, w której Stosunek pracy uległby rozwiązaniu.
9. Ubezpieczony traci prawo do miesięcznego świadczenia z tytułu Utraty pracy od dnia, w którym Ubezpieczony:
 - 1) został zatrudniony u nowego pracodawcy bądź przywrócony do pracy u poprzedniego pracodawcy,
 - 2) utracił Status bezrobotnego,
 - 3) uzyskał uprawnienia emerytalne lub rentowe z ubezpieczenia społecznego.

Artykuł 12.

Ubezpieczenie assistance zawodowy

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela kosztów świadczeń określonych w ustępie 4 poniżej.
2. Świadczenia realizowane są na wniosek Ubezpieczonego.
3. Warunkiem realizacji świadczeń na rzecz Ubezpieczonego jest Utrata pracy przez Ubezpieczonego mająca miejsce po 90 dniach od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.
4. W razie wystąpienia Utraty pracy Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty następujących świadczeń:
 - 1) sprawdzenie przez doradcę zawodowego Curriculum Vitae Ubezpieczonego i przekazanie uwag podczas rozmowy telefonicznej:
 - a) Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - b) Przysługują 3 świadczenia sprawdzenia Curriculum Vitae na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe Utraty pracy.

- 2) przygotowanie do rozmowy rekrutacyjnej podczas indywidualnego spotkania z doradcą zawodowym:
 - a) Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - b) długość spotkania nie może przekroczyć 2h.
- 3) tłumaczenie na język angielski dostarczonego listu motywacyjnego, Curriculum Vitae, dokumentów referencyjnych:
 - a) Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - b) maksymalna objętość tłumaczonych dokumentów wynosi 8 stron.
- 4) monitoringu rynku pracy polegającego na pokazaniu najbardziej efektywnych sposobów wyszukiwania ofert pracy oraz aktywnej pomocy w wyszukiwaniu ofert pracy i kursów doszkolających:
 - a) Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody.

Artykuł 13.

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) powstałe przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - 2) będące następstwem działań wojennych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - 3) powstałe na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli osoba ta wiedziała lub powinna 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 lub zwiększenie się szkody,
 - 4) powstałe na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów silnikowych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - 5) powstałe na skutek chorób psychicznych Ubezpieczonego,
 - 6) powstałe na skutek popełnienia lub próby popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - 7) powstałe na skutek popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - 8) powstałe na skutek uczestnictwa Ubezpieczonego, w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
 - 9) powstałe na skutek umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 10) powstałe na skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 11) powstałe na skutek Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego,
 - 12) powstałe na skutek uprawiania przez Ubezpieczonego Sportów wysokiego ryzyka,
 - 13) uczestniczenia Ubezpieczonego w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samo-

- lotów wojskowych lub prywatnych, linii nieopisujących wymaganych przepisami prawa licencji i zezwoleń na przewóz pasażerów.
2. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia medyczne, które są skutkiem (pozostają w adekwatnym związku przyczynowym) choroby przewlekłej lub choroby zdiagnozowanej przed rozpoczęciem ochrony oraz ich powikłań i zaostrzeń.
 3. Za Pobyt w Szpitalu Ubezpieczyciel nie uznaje pobytów związanych z:
 - 1) wykonaniem Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są uszkodzenia na zdrowiu lub rozstrój zdrowia powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) wykonaniem Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych.
 4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia assistance, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) działania siły wyższej, przez którą rozumie się trzęsienie lub osunięcie się ziemi, powódź, huragan, pożar, awaria urządzeń telekomunikacyjnych,
 - 2) czynników nadzwyczajnych i niezależnych od Ubezpieczyciela: strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego a także ograniczenia w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela.
 5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki niezastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji lub zaleceń Lekarza prowadzącego, innego lekarza bądź samowolne podejmowanie przez Ubezpieczonego decyzji sprzecznych z zaleceniami Lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Alarmowego Assistance.
 6. Dodatkowo z odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu Utraty pracy oraz w ubezpieczeniu assistance zawodowy wyłączone są następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) gdy Utrata pracy nastąpi przed upływem 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia,
 - 2) gdy Ubezpieczony przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia otrzymał informację od pracodawcy o zamiarze rozwiązania umowy o pracę, wypowiedzenia umowy lub zwolnienia w ramach zwolnień grupowych,
 - 3) gdy ustanie Stosunku pracy w wyniku wypowiedzenia go przez pracodawcę lub rozwiązania go na mocy porozumienia stron nastąpiło wskutek:
 - a) dopuszczenia się przez pracownika ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych;
 - b) popełnienia przez pracownika w czasie trwania umowy o pracę przestępstwa, które uniemożliwia dalsze zatrudnianie go na zajmowanym stanowisku, jeżeli przestępstwo jest oczywiste lub zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem;
 - c) zawinionej przez pracownika utraty uprawnień koniecznych do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku,
 - d) wniosku pracownika.
- okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 1.
 4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia.
 5. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub wnioskujący o realizację świadczenia powinien niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym Assistance, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu +48 22 575 98 28. Opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora telekomunikacyjnego.
 6. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ubezpieczeniach assistance medycznej i assistance zawodowej, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń, a w szczególności:
 - a) PESEL,
 - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego lub Członka Rodziny Ubezpieczonego,
 - c) określić zdarzenie,
 - d) określić miejsce pobytu lub miejsce zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,
 - e) telefon kontaktowy,
 - f) rodzaj wymaganej pomocy.
 - 2) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Assistance, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe Assistance, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania, w zależności od rodzaju świadczenia będą:
 - a) dla świadczenia wizyta kontrolna u lekarza specjalisty, refundacja leków, organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego, organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji: kopii zaświadczenia lekarskiego świadczącego o Czasowej niezdolności do pracy (minimum siedem następujących po sobie dni), a w przypadku Ubezpieczonych niezatrudnionych na podstawie Stosunku pracy kartę informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o leczeniu szpitalnym Ubezpieczonego trwającym minimum pięć dni, kopia recepty wystawionej przez Lekarza prowadzącego (w przypadku świadczenia refundacja leków),
 - b) dla świadczenia refundacja kosztów wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza, organizacja i pokrycie kosztów lub refundacja badania kleszcza, refundacja kosztów antybiotykoterapii: dokumentację medyczną potwierdzającą fakt wystąpienia ukąszenia przez kleszcza, dokumentację medyczną potwierdzającą konieczność prowadzenia antybiotykoterapii oraz kopię recepty wystawionej przez Lekarza prowadzącego (w przypadku świadczenia refundacji kosztów antybiotykoterapii), rachunki z placówki medycznej (w przypadku świadczenia refundacja kosztów wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza i badaniem kleszcza),
 - c) dla świadczeń w zakresie assistance zawodowego: dokumenty potwierdzające Utratę pracy.
 7. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków określonych w ustępie 6, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakresu świadczeń, Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.
 8. W celu wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
 - 2) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kartę statystyczną zgonu Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) kopię swojego dokumentu tożsamości,
 - 4) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
 9. W celu wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczeń: Pobytu w Szpitalu, spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu, wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
 - 2) kartę leczenia szpitalnego lub inną dokumentację wystawioną przez Szpital zawierającą informacje o hospitalizacji Ubezpieczonego i jej przyczynach,
 - 3) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego albo odpowiednio Członka rodziny,
 - 4) w przypadku ubezpieczenia spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu kopię rachunków wystawionych na Ubezpieczonego z terminem spłaty przypadającym w miesiącach Pobytu w Szpitalu,
 - 5) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, np. dane policji lub innych organów prowadzących postępowanie w sprawie wypadku.
 10. W celu wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
 - 2) kopię zaświadczenia lekarskiego o Czasowej niezdolności do pracy trwającej minimum 7 nieprzerwanie następujących po sobie dni,
 - 3) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego,
 - 4) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
 15. W celu wypłaty pierwszego miesięcznego świadczenia z tytułu Utraty pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
 - 1) potwierdzenie uzyskania Statusu bezrobotnego, wydanego przez właściwy urząd pracy,
 - 2) w razie rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę, wypowiedzenie umowy o pracę lub stosunku służbowego wraz z uzasadnieniem (o ile do wypowiedzenia takie uzasadnienie było sporządzone),
 - 3) świadectwa pracy od ostatniego pracodawcy,
 - 4) w przypadku prowadzenia Działalności gospodarczej:
 - a) wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej, Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru prowadzonego przez właściwy organ administracji potwierdzający zakończenie działalności,
 - b) dokumentację potwierdzającą prowadzenie działalności gospodarczej np. dokument PIT za ostatnie 12 miesięcy lub
 - c) dokument PIT za rok poprzedni przed rokiem zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 5) kopię dowodu osobistego Ubezpieczonego,

Artykuł 14.

Terminy i zasady wypłaty świadczeń

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w złotych polskich (PLN) lub spełnia świadczenie niepieniężne w terminie 30 dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Jeśli w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia

- 6) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
16. W celu wypłaty kolejnych miesięcznych świadczeń z tytułu Utraty pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela potwierdzenie posiadania Statusu bezrobotnego w kolejnych miesiącach następujących po wypłacie pierwszego miesięcznego świadczenia, wydane przez właściwy urząd pracy.
17. Odpowiednio do rodzaju Zdarzenia ubezpieczeniowego, na potrzeby procesu likwidacji szkód, osoba uprawniona może zostać zobowiązana do udostępnienia danych osobowych, w tym danych medycznych w zakresie niezbędnym do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Nieudzielenie informacji może powodować brak możliwości weryfikacji zasadności zgłoszenia i w efekcie odmowę uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Artykuł 15. Roszczenia regresowe

- Z dniem wypłaty świadczenia (odszkodowania) przez Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego świadczenia (odszkodowania). Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń przed roszczeniami Ubezpieczyciela w stosunku do pozostałej części. Na Ubezpieczyciela nie przechodzą roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
- Ubezpieczony zobowiązany jest udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędnych informacji i dokumentów oraz umożliwić prowadzenie czynności niezbędnych do dochodzenia roszczeń regresowych.
- Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia (odszkodowania) lub je odpowiednio zmniejszyć, a Ubezpieczającemu nie przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej.
- Jeżeli zrzeczenie lub ograniczenie, o którym mowa w ust. 3 niniejszego artykułu, zostało ujawnione po wypłacie świadczenia (odszkodowania) Ubezpieczyciel może zażądać od Ubezpieczonego części lub całości wypłaconego świadczenia (odszkodowania).
- Zapisy, o których mowa w ust. 3, nie dotyczą Członków rodziny.

Artykuł 16. Przetwarzanie danych osobowych

- Administratorem danych osobowych, w tym danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową, jest Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Prostej 68. Dane te będą przetwarzane w celu wykonywania umowy ubezpieczenia.
- Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy.
- Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania.

Artykuł 17. Forma i sposób doręczania dokumentów

- Wszystkie zawiadomienia, oświadczenia i wnioski zmierzające do zmiany lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności i stają się skuteczne z chwilą ich doręczenia do adresata, z zastrzeżeniem artykułu 5 ust. 7 powyżej.
- Powiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym kierowane do Centrum Alarmowego Assistance powinny być dokonane telefonicznie; zgodnie ze wskazówkami Centrum Alarmowego Assistance, w szczególności dotyczącymi przekazania wypełnionego i podpisa-

nego wniosku o wypłatę odszkodowania, roszczenia o świadczenie ubezpieczeniowe przyjmują także formę pisemną.

- Korespondencja dotycząca dokumentacji związanej z ustalaniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela, może być doręczana za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail Ubezpieczyciela lub osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe, jeśli wskazała ona taką możliwość, ewentualnie faksem na numer faksu Ubezpieczyciela lub osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.
- Obowiązującym językiem w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.

Artykuł 18. Obowiązki Ubezpieczającego

- W terminie 7 dni od dnia otrzymania dokumentu ubezpieczenia Ubezpieczający powinien powiadomić Ubezpieczyciela o wszelkich niezgodnościach danych zawartych w dokumencie ubezpieczenia ze stanem faktycznym oraz podać prawidłowe dane. Po otrzymaniu prawidłowych danych Ubezpieczyciel dokona stosownych zmian, o czym zawiadomi Ubezpieczającego przesyłając na podany przez niego adres, a w razie podania adres email, informację o dokonanych zmianach.
- Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela zgodnie z prawdą informacje, o które został zapytany przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Artykuł 19. Uprawnienie do odstąpienia od umowy ubezpieczenia

- Ubezpieczający, który zawarł umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie Ubezpieczającego zostało wysłane.
- Odstąpienie od umowy Zakupu towaru jest równoznaczne z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie stanowi jednocześnie odstąpienia od umowy Zakupu towaru.
- Odstąpienie od Kredytu jest równoznaczne z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.

Artykuł 20. Postępowanie reklamacyjne

- Niniejsze postępowanie reklamacyjne określa zasady zgłaszania i rozpatrywania Reklamacji zgłaszanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną, dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, wynikających z niniejszych OWU, zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
- Reklamacja może zostać złożona do Działu Jakości Ubezpieczyciela:
 - w formie pisemnej:
 - osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub
 - przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela: Dział Jakości, Inter Partner Assistance Polska S.A. ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa.
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: quality@ipa.com.pl.
- Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
 - pełen adres korespondencyjny lub
 - adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - wskazanie umowy ubezpieczenia,
 - opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację,

5) oczekiwane działania.

- Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
- Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczyciel:
 - wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie dłuższy niż 60 dni od otrzymania Reklamacji przez Ubezpieczyciela.
- Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres korespondencyjny wskazany w Reklamacji, chyba, że podmiot składający Reklamację wniósł o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w Reklamacji.
- Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
- Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze OWU, właściwym jest prawo polskie.
- Niezależnie od powyższego podmiot składający Reklamację może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
- Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z umową ubezpieczenia.
- Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl/>.

Artykuł 21. Postanowienia ogólne

- Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a w przypadku dochodzenia roszczeń przez spadkobiercę Ubezpieczonego lub spadkobiercę uprawnionego z umowy ubezpieczenia przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze OWU, właściwym jest prawo polskie.
- Niniejsze OWU zostały zatwierdzone przez Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce Zarządzeniem nr 15/2017 z dnia 22 sierpnia 2017 r. i obowiązują od dnia 1 września 2017 r.