

## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY” (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanychdalej „OWU”).

### § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi lub dziecku,
- 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,
- 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
- 4)  **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków;
- 5) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 22) nie ukończyło 18 roku życia,
- 6) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący ani członkiem rodziny ubezpieczonego ani lekarzem uprawnionym,
- 7) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego,
- 8) **małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 22), pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 9) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu,
- 10) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej,
- 11) **opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczony, drugi rodzic dziecka lub inna osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym, w ramach świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 4 pkt 1),
- 12) **osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkała w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki,
- 13) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi,
- 14) **partner** – osobę wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 15) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 16) **rok polisowy** – okres między kolejnymi rocznicami polisy,

17) **siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie kontaktu ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka z centrum operacyjnym lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez ubezpieczyciela,

18) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie, do którego zalicza się: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy,

19) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych Warunkach, EBP/ASM/2015/01 131

20) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,

21) **wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka, wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,

22) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na:

a) wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt 10),

b) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku zdefiniowanego w pkt 21).

W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 5) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w ppkt a) do f).

### § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.

2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.

3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

### § 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.

2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

### § 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

### § 6

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka.

2. Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego zdefiniowanych w § 7.

3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń assistance medycznego ubezpieczyciela, określonych w § 7, jest ubezpieczony, małżonek lub partner oraz dziecko.

## § 7

1. Zakres w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

1) Świadczenia wymienione w pkt 1) – 5) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 22 ppkt a) i b),

2) Świadczenia wymienione w pkt 7) – 8) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy dziecku u, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 22) ppkt a) i b),

3) Świadczenia wymienione w pkt 9) – 11) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu lub małżonkowi lub partnerowi, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 22 ppkt a) i b),

4) Świadczenia wymienione w pkt 6) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 22 ppkt b),

5) Świadczenie wymienione w pkt 12) Tabeli 1 gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka:

a) zgon dziecka,

b) zgon małżonka lub partnera,

c) zgon rodziców ubezpieczonego,

d) zgon rodziców małżonka lub partnera,

e) urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecko

f) poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka, partnera, dziecko,

6) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 13) Tabeli 1,

7) Baby assistance – pkt 14) Tabeli 1.

2. Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku określone są w poniższej Tabeli. 132

Tabela 1. Zakres ubezpieczenia w ramach „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

### Lp. Zakres świadczeń

1. Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej z miejsca pobytu/z placówki medycznej do innej placówki medycznej/z placówki medycznej do miejsca pobytu

2. Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków

3. Organizacja i pokrycie kosztów organizacji procesu rehabilitacyjnego

4. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostawy

5. Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej lub pielęgniarskiej po hospitalizacji

6. Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej lub pielęgniarskiej

7. Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pediatry

8. Pokrycie kosztu organizacji prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania

9. Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym
10. Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi /osobami niesamodzielnymi
- 11 Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu dzieci /osób niesamodzielnych do osoby uprawnionej do opieki
12. Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej
13. Zdrowotne usługi informacyjne
14. Baby assistance

3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 1) – 6), 12) – 14) Tabeli 1 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi lub dziecku organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

#### 1) **Transport medyczny**

a) **transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, transportu medycznego z miejsca pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do placówki medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego leczenie. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego,

b) **transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – w przypadku gdy placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, małżonek lub partner, lub dziecko, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego,

c) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, lub dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, przebywali w placówce medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka, partnera lub dziecka z placówki medycznej do miejsca pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.

Wymienione powyżej usługi świadczone są maksymalnie 5 razy w roku polisowym, do łącznej kwoty 1 000 zł na jeden transport medyczny.

2) **Dostawa leków** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia i zażywania leków przepisanych przez lekarza, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka, do łącznej kwoty 250 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

3) **Organizacja procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

4) **Wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostawa** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu, ubezpieczyciel:

a) zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,

b) zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

5) **Opieka domowa i pielęgniarska po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż:

a) 7 dni oraz ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w miejscu pobytu ubezpieczonego,

małżonka lub partnera lub dziecka po zakończeniu hospitalizacji przez okres maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,

b) 5 dni oraz została stwierdzona przez lekarza prowadzącego leczenie, medycznie uzasadniona konieczność pomocy pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka po zakończeniu hospitalizacji przez okres maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

**6) Wizyta lekarska lub pielęgniarska** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 pkt 22) ppkt b), ubezpieczony, mąż lub partner lub dziecko wymagają:

a) wizyty lekarza, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza w placówce medycznej lub koszty dojazdów i honorariów wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka, partnera lub dziecka, o ile jest konieczna, według wiedzy dyspozytora pogotowia ratunkowego, interwencja pogotowia ratunkowego, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,

b) wizyty pielęgniarki, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty dojazdów i honorariów wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

**7) Pomoc psychologa** – jeżeli ubezpieczony, mąż lub partner lub dziecko znajdują się w trudnej sytuacji losowej,

o której mowa w ust. 1 pkt 5) ppkt a) – f), ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty pomocy psychologa do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Limity kosztów określonych w pkt 1) – 7) odnoszą się oddzielnie do ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka.

4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 9) – 11) Tabeli 1 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

1) Pobyt opiekuna dziecka w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym – jeżeli dziecko na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego jest hospitalizowane, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszt pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych albo hotelu przyszpitalnym, do łącznej kwoty 1 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,

2) Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, mąż lub partner przebywają w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty:

a) przewozu dzieci /osób niesamodzielnych w towarzystwie opiekuna do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej do

opieki i ich powrotu do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

W przypadku, gdy centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki pod wskazanym przez ubezpieczonego, małżonka lub, partnera adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w ppkt a), ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty:

b) opieki nad dziećmi /osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka przez okres maksymalnie 5 dni, w limicie 150 zł za dzień w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub inne właściwe instytucje.

Ubezpieczyciel spełnia świadczenia, o których mowa w pkt 2) wyłącznie na wniosek ubezpieczonego, małżonka lub partnera za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi.

5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 7) - 8) Tabeli 1 ubezpieczyciel gwarantuje dziecku organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

1) **Organizacja prywatnych lekcji** – jeżeli dziecko na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, będzie przebywało w miejscu zamieszkania przez okres dłuższy niż 7 dni, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania do łącznej kwoty 400 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

2) **Wizyta pediatry** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego dziecko wymaga wizyty lekarza pediatry, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza pediatry w placówce medycznej lub koszty dojazdów i honorariów wizyty lekarza pediatry w miejscu pobytu dziecka, o ile nie jest konieczna, według wiedzy dyspozytora pogotowia ratunkowego, interwencja pogotowia ratunkowego, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Wizyta pediatry na skutek nagłego zachorowania przysługuje maksymalnie 2 razy w roku polisowym.

6. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń assistance medycznego przekroczy limit kosztów określony w dodatkowej umowie ubezpieczenia, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko lub ich przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.

7. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 6) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku:

- 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub wypadku,
- 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży itp.,
- 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
- 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- 5) udzielenie informacji medycznych, w tym informacji o tym, jak należy przygotowywać się do zabiegów lub badań medycznych,
- 6) udzielenie informacji o dietach, zdrowym żywieniu,
- 7) udzielenie informacji o domach pomocy społecznej, hospicjum,
- 8) udzielenie informacji o aptekach czynnych przez całą dobę,
- 9) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi lub dziecku 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 lub ubezpieczyciela.

8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 7) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi lub dziecku dostęp 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 i pielęgnacji noworodka,
- 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci.

## § 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:

- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 3) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecko na świadczenia assistance medycznego, bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 9 ust. 6,

4) kosztów zakupu leków (ubezpiaczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),

5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:

a) zdarzeń zaistniałych oraz chorób stwierdzonych lub leczonych przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,

b) leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej skuteczności,

c) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,

d) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego,

e) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków zapobiegawczych,

f) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,

g) leczenia pośrednio bądź bezpośrednio wynikającego lub będącego konsekwencją:

– wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,

– skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy,

h) zatrucia lub działania ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,

i) chorób psychicznych,

j) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,

k) popełnienia przestępstwa umyślnego lub jego usiłowania, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania, wykroczenia lub jego usiłowania lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych,

l) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, lub usiłowania popełnienia samobójstwa,

m) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie

n) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,

o) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,

p) wszelkich chorób związanych z infekcją wirusem HIV, AIDS lub chorób przekazanych drogą płciową,

q) chorób przewlekłych,

r) nieprzestrzegania zaleceń lekarza uprawnionego,

s) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji bezpośrednio lub pośrednio w celu zranienia lub

zniszczenia życia ludzkiego i wywołania powszechnego strachu,

t) zadośćuczynienia za ból i cierpienie oraz utracone korzyści.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciela.

## § 9

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecko w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.

2. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następujące informacje:

1) nr PESEL ubezpieczonego lub datę urodzenia,

2) imię i nazwisko ubezpieczonego,

3) adres zamieszkania,

4) numer polisy,

5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,

6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,

7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

3. Jeżeli osobą korzystającą ze świadczeń assistance medycznego nie jest ubezpieczony, zobowiązana jest ona na wezwanie centrum operacyjnego okazać dokument niezbędny do stwierdzenia pokrewieństwa z ubezpieczonym, a w przypadku partnera dokument zawierający nr PESEL partnera.

4. Ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur i rachunków, dowody zapłaty.

5. W przypadku gdy ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko nie wypełnią obowiązków określonych w ustępach powyższych, ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia, o ile niewypełnienie tych obowiązków uniemożliwia realizację świadczeń assistance medycznego.

6. W przypadku gdy na skutek zdarzenia losowego lub działania siły wyższej ubezpieczony, małżonek lub partner, lub dziecko nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego, o których mowa w § 7 ust. 3 pkt 1) i 6) oraz § 7 ust. 5 pkt 2), ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi lub dziecku poniesione przez nich koszty. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i poniesienie kosztów tj. dokumentu stwierdzającego przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej oraz oryginały rachunków i oryginały dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecko, w granicach limitów określonych w § 7 ust. 3 pkt 1) i 6) oraz § 7 ust. 5 pkt 2), przy czym ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniósłby w przypadku organizowania świadczeń assistance medycznego we własnym zakresie.

7. Przez datę zaistnienia zdarzenia, rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 2 pkt 22).

## § 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

## § 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 123/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 2 czerwca 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 22 czerwca 2015 roku.