

Warunki Ubezpieczenia

Pakiet Rehabilitacyjny Assistance

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 (Tabela nr 1), § 4 WU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 ust. 1-3 (Tabela nr 1), § 9, § 10 ust. 2 WU

Warunki Ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia Pakiet Rehabilitacyjny Assistance, zwane dalej „WU”, mają zastosowanie do Umowy Ramowej Ubezpieczenia zawartej pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, zwanym dalej „Ubezpieczycielem”, a NNLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna, zwanym dalej „Ubezpieczającym” lub „Towarzystwem”.
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na rachunek klientów Ubezpieczającego, zdefiniowanych dalej jako „Ubezpieczeni”, przystępujących do umowy ubezpieczenia Pakiet Rehabilitacyjny Assistance w ramach umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa NW wraz ze świadczeniem miesięcznym Ochrona na Wszelki Wypadek lub umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek uszkodzenia ciała NW Uszkodzenie Ciała po Wypadku.

Definicje

§ 2

Pojęciom określonym w niniejszych WU nadaje się znaczenie określone poniżej.

1. **Amatorskie uprawianie sportów** – aktywność sportowa, której celem jest rekreacja i rozrywka.
2. **Centrum Pomocy** – Inter Partner Assistance Polska sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1 (01-211) – przedstawiciel Ubezpieczyciela, za pośrednictwem którego udzielane są świadczenia assistance, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Ubezpieczającego.
3. **Choroba przewlekła** – diagnozowany przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczony stale lub okresowo, lub będący przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.
4. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
5. **Lekarz Centrum Pomocy** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Pomocy i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Pomocy.
6. **Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu.
7. **Miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym przebywa Ubezpieczony.
8. **Miejsce zamieszkania** – adres miejsca zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, podany w momencie zgłoszenia roszczenia do Centrum Pomocy.
9. **Nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne i nagłe zdarzenie, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej.
10. **Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
11. **Rehabilitacja narządu ruchu** – obejmuje czynności, których celem jest utrzymanie, przywrócenie lub poprawa stanu narządu ruchu w zakresie układu kostno-mięśniowo-szkieletowego, tj. kręgosłupa, kończyn dolnych i górnych.
12. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie.
13. **Szpital** – działający zgodnie z prawem podmiot prowadzący działalność leczniczą, udzielający świadczeń szpitalnych, przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego. Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka rehabilitacyjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
14. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach umów ubezpieczenia Ochrona na Wszelki Wypadek lub Uszkodzenie Ciała po Wypadku zawartych z Towarzystwem, która w dacie zawarcia tej umowy ukończyła 18. rok życia, a nie ukończyła 71. roku życia.
15. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Rehabilitacyjnego Assistance, które miało miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, uprawniające do skorzystania ze świadczeń zgodnie z Tabelą nr 1 poniżej oraz zgodnie z opisem tych świadczeń.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiot ubezpieczenia stanowi organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług assistance określonych w niniejszych WU, świadczonych na rzecz Ubezpieczonych za pośrednictwem Centrum Pomocy w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego dla poszczególnych świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 poniżej, w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Świadczenia realizowane są wyłącznie na terenie Polski, bez względu na faktyczne miejsce wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Świadczenia oraz limity kosztów usług przysługujące Ubezpieczonemu w zakresie Świadczeń Assistance określone są w Tabeli nr 1 poniżej.

Tabela nr 1 – Świadczenia assistance: Tabela świadczeń i limitów

Zakres produktu	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Konsultacje lekarzy specjalistów		
Rehabilitacja		
Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego		
Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego	Nieszczęśliwy wypadek	5000 zł
Wizyta lekarza rehabilitacji		
Transport do Placówki medycznej		
Transport pomiędzy Placówkami medycznymi		
Transport z Placówki medycznej		
Infolinia medyczna	Wniosek Ubezpieczonego	Bez limitu

4. Jeżeli koszt świadczeń wynikających z niniejszych WU przekroczy limit kosztów wskazany w Tabeli nr 1 powyżej, usługa assistance może zostać wykonana przez Centrum Pomocy, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a limitem dla określonego świadczenia.

Zakres świadczeń Assistance

§ 4

W ramach świadczeń wymienionych w Tabeli nr 1 powyżej Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty poniższych usług (w zależności od opisu świadczeń) w wysokości nieprzekraczającej podany w Tabeli nr 1 limit właściwy dla danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

1. Konsultacje lekarzy specjalistów

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt Ubezpieczonego u niżej wymienionych lekarzy specjalistów:

- 1) chirurg,
- 2) ortopeda.

2. Rehabilitacja

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga Rehabilitacji narządu ruchu – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

- 1) wizyt fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej) albo
- 2) wizyt w najbliższej Miejscu pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej.

3. Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu tego sprzętu.

4. Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej).

5. Wizyta lekarza rehabilitacji

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i wizyty lekarza rehabilitacji w Miejscu pobytu Ubezpieczonego.

6. Transport do Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, o ile stan zdrowia Ubezpieczonego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z Miejsca jego pobytu do odpowiedniej Placówki medycznej dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w oparciu o dane o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

7. Transport pomiędzy Placówkami medycznymi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg, lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy Placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Pomocy i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabiegi lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony.

8. Transport z Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony przebywa w Placówce medycznej i – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

9. Infolinia medyczna

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na następujące tematy:

- 1) NATYCHMIASTOWA POMOC – stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasad jej udzielania,
- 2) UKĄSZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
- 3) JEDNOSTKI CHOROBY – jednostek chorobowych, w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,
- 4) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diet (np. zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoreszkotowych, cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, redukcyjnych), zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
- 5) PROFILAKTYKA – profilaktyki zachorowań na grypę, profilaktyki antynikotynowej,
- 6) OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
- 7) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- 8) BADANIA KONTROLNE – niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- 9) LEKI – leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziomu refundacji leków,
- 10) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- 11) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- 12) GRUPY WSPARCIA – grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- 13) PRZED PODRÓŻĄ – działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, tj. szczepień, specyfiki danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

Ponadto w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej Centrum Pomocy zapewnia Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM. Centrum Pomocy udzieli informacji na temat danych teled adresowych działających na terytorium Polski:

- 1) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Pomocy,
- 2) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 3) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych) rekomendowanych przez Centrum Pomocy,
- 4) aptek znajdujących się na terytorium Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- 5) placówek opieki społecznej i hospicjów,
- 6) placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.

Przystąpienie do ubezpieczenia

§ 5

1. Przystąpienie do ubezpieczenia jest dobrowolne.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje na podstawie oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu.

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

§ 6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela i okres umowy ubezpieczenia Pakiet Rehabilitacyjny Assistance rozpoczyna się w dniu wejścia w życie odpowiednio umowy ubezpieczenia Ochrona na Wszelki Wypadek lub umowy ubezpieczenia Uszkodzenie Ciała po Wypadku zawartej z Towarzystwem, pod warunkiem zawarcia ww. umowy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w jednym ze wskazanych poniżej przypadków, w zależności od tego, który z nich nastąpi wcześniej:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z ostatnim dniem okresu, za który została uiszczona składka przez Ubezpieczającego,
 - c) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia złożonego w terminie 30 dni od daty jej zawarcia,
 - d) z ostatnim dniem miesiąca w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia złożonej przez Ubezpieczonego w danym miesiącu,
 - e) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach odpowiednio umowy ubezpieczenia Ochrona na Wszelki Wypadek lub umowy ubezpieczenia Uszkodzenie Ciała po Wypadku zawartej z Towarzystwem.

W przypadku określonym w punkcie 2 a), 2 c) i 2 e) Ubezpieczyciel zwróci część składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Oplaty i składki

§ 7

Składkę do Ubezpieczyciela uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie Ramowej Ubezpieczenia.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 8

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - strajków, niepokoїв społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenie w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela,
 - ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
- W przypadku świadczeń wymagających zwolnienia służb medycznych udzielających pomocy medycznej Ubezpieczonemu, w związku z zaistnieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia Ubezpieczonego, udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na powyższe w stosunku do Ubezpieczyciela i podmiotów działających w jego imieniu. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, pod warunkiem, iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia.
- Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru oraz działań wojennych i zbrojnych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru i aktów przemocy, oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - szkód powstałych 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 Ubezpieczony wiedział lub powinien był 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,
 - Chorób psychicznych Ubezpieczonego,
 - usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - prowadzenia pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia pojazdu,
 - uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
 - umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na własną prośbę.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zostało zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- Ochronę ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
- Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem Chorób przewlekłych.
- Ochronę ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów planowanego leczenia.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - wyczynowego i zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportowych, przez co rozumie się regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach sportowych albo imprezach i obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu,
 - Amatorskiego uprawiania sportów: powietrznych, motorowych, motorowodnych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenia w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi, tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego.
- Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowanej przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Pomocy bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Pomocy.
- W przypadku świadczenia Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie Sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.
- Informacje udzielane w ramach infolinii mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.

Zasady organizacji świadczeń

§ 9

- W celu uzyskania świadczenia Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest zawiadomić o zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy w ciągu 48 godzin od jego zaistnienia, nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty jego wystąpienia lub niezwłocznie po ustaniu przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu, uniemożliwiających wcześniejsze zawiadomienie, telefonując pod numer telefonu +48 22 575 95 47 (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora) i podając następujące dane:
 - imię, nazwisko Ubezpieczonego,
 - numer PESEL,
 - adres Miejsca zamieszkania lub Miejsca pobytu,
 - datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - telefon kontaktowy,
 - krótki opis zaistniałego zdarzenia,
 - inne informacje niezbędne Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
- W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 w terminie w nim zawartym, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli niewykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
- W celu realizacji pierwszego świadczenia w ramach świadczeń, o których mowa w § 4, w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest po zgłoszeniu telefonicznym do Centrum Pomocy wypełnić, otrzymany od Centrum Pomocy za pośrednictwem poczty tradycyjnej, poczty e-mail, faxu, „Wniosek o realizację świadczeń” i przekazać go do Centrum Pomocy, dołączając kopie:
 - skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, rehabilitacji lub dodatkowych świadczeń,
 - dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem Nieszczęśliwego wypadku, wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań.Ww. dokumenty należy przesłać do Centrum Pomocy pocztą tradycyjną lub pocztą e-mailową na adres: zdrowie@ipa.com.pl.
- W celu realizacji kolejnych świadczeń, o których mowa w § 4, w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać do Centrum Pomocy kopię skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, rehabilitacji lub dodatkowych świadczeń pocztą tradycyjną lub pocztą e-mailową na adres: zdrowie@ipa.com.pl.
- W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 3 i 4 powyżej, Lekarz Centrum Pomocy w terminie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, podejmie decyzję, czy spełnione zostały medyczne przesłanki do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
- Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy, a zwłaszcza przekazać inne dokumenty, o które wnioskuje Centrum Pomocy niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania.

7. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanego „Wniosku o realizację świadczeń”, o którym mowa w ust. 3, Centrum Pomocy, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
8. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 wynosi:
 - 1) do 5 dni roboczych w przypadku konsultacji u lekarzy specjalistów,
 - 2) do 3 dni roboczych w przypadku pozostałych świadczeń assistance,
 o ile Ubezpieczony nie wskaże konkretnego lekarza czy placówki lub późniejszego terminu, w którym chciałby skorzystać ze świadczenia.
9. W przypadku nieuznania odpowiedzialności w zakresie wnioskowanych przez Ubezpieczonego świadczeń, Centrum Pomocy poinformuje telefonicznie Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy. Na prośbę Ubezpieczonego informacja o odmowie realizacji świadczenia przesyłana jest przez Centrum Pomocy w formie pisemnej.
10. Świadczenia realizowane są w Placówkach medycznych należących do sieci medycznej Centrum Pomocy.
11. Ubezpieczony zobowiązany jest użyć dostępnych mu środków, aby ograniczyć zwiększenie się skutków Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Roszczenia regresowe

§ 10

1. Z dniem zapłaty świadczenia lub odszkodowania przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, do wysokości wypłaconego przez Ubezpieczyciela świadczenia (roszczenie regresowe).
2. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń co do pozostałej części szkody przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.
5. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczonego praw przysługujących mu od osób trzecich z tytułu wyrządzonych szkód bez zgody Ubezpieczyciela może on odmówić wypłaty świadczenia odpowiednio w całości lub części, lub zażądać zwrotu wypłaconego świadczenia.

Postępowanie reklamacyjne

§ 11

1. Na potrzeby niniejszego paragrafu przyjmuje się następujące definicje:
 - 1) Reklamacja – wystąpienie Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela,
 - 2) Klient – będący osobą fizyczną Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia.
2. Reklamacja może zostać złożona do Działu Jakości Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej:
 - a) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub
 - b) przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela:
Dział Jakości
Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce
ul. Giełdowa 1
01-211 Warszawa lub
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: quality@ipa.com.pl.
3. Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
 - 1) pełen adres korespondencyjny lub
 - 2) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - 3) wskazanie umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem,
 - 4) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację,
 - 5) oczekiwane działania.
4. 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.
5. 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.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
7. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy wskazany w ust. 4 pkt 1), chyba że Klient wnosil o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w ust. 4 pkt 2).
8. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
9. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze WU, właściwym jest prawo polskie.
10. 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.
11. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
12. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z umową ubezpieczenia.
13. 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/>.

Warszawa, 2 sierpnia 2022 roku

Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce, ul. Giełdowa 1, 01-211 Warszawa, Telefon: +48 22 529 84 00 – E-mail: kontakt@axa-assistance.pl – axa-assistance.pl.

Pod marką AXA Partners i AXA Assistance działa w Polsce Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Giełdowa 1, 01-211 Warszawa, NIP 1080006955, zarejestrowany w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000320749.

NNLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna (NNLife TUUnZiR S.A., dalej jako Towarzystwo), ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku.

NNLife TUUnZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

NNLife TUUnZiR S.A. jest spółką z Grupy NN.

Strona internetowa Towarzystwa: www.nnlife.pl/zycie, Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 50 70, e-mail: lifeinfo@nn.pl.