

Warunki Ubezpieczenia

Osobisty Asystent Medyczny

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 6, 8, 11, § 3 (Tabela świadczeń i limitów), § 4, § 9 ust. 1, 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 (Tabela świadczeń i limitów), § 4, § 6 ust. 2, § 8, § 9 ust. 3, § 10 ust. 5

Warunki Ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

- Niniejsze Warunki Ubezpieczenia Osobisty Asystent Medyczny, 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”.
- Umowę ubezpieczenia zawiera się na rachunek klientów Ubezpieczającego, zdefiniowanych dalej jako „Ubezpieczeni”, przystępujących do umowy ubezpieczenia Osobisty Asystent Medyczny w ramach umowy dodatkowej Wsparcie w Chorobie.

Definicje

§ 2

Pojęciom określonym w niniejszych WU nadaje się znaczenie określone poniżej.

- Centrum Pomocy** – Inter Partner Assistance Polska sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1 (01-211) – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający świadczeń assistance, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Ubezpieczającego.
- Choroba przewlekła** – zdiagnozowany 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.
- 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.
- Lekarz specjalista** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, posiadająca specjalizację.
- 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.
- Poważna choroba** – pierwszorazowe zdiagnozowanie Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia jednostki chorobowej (lub przeprowadzenie leczenia operacyjnego) zgodnie z definicją Poważnej choroby (art. 2 ust. 1 OWU Wsparcie w Chorobie).
- Roczny okres ubezpieczenia** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej Wsparcie w Chorobie włącznie z tymi rocznicami. Pierwszy rok obowiązywania umowy dodatkowej Wsparcie w Chorobie rozpoczyna się od początku objęcia ochroną z tytułu tej umowy.
- Symptomy Poważnej choroby** – sytuacja, w której u Ubezpieczonego po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia prowadzące do rozpoznania jednej z Poważnych chorób lub do podejrzenia jednej z Poważnych chorób, lub do wstępnego rozpoznania jednej z Poważnych chorób do dalszej diagnostyki, potwierdzonej w dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza specjalistę właściwego dla danej choroby obszaru medycyny.
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej Wsparcie w Chorobie, która w dniu zawarcia tej umowy ukończyła 18. rok życia, a nie ukończyła 61. roku życia.
- Zakres terytorialny** – w odniesieniu zarówno do realizowanych świadczeń, jak i miejsca wystąpienia Zdarzeń ubezpieczeniowych ubezpieczenie obejmuje wyłącznie terytorium Polski.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy Osobisty Asystent Medyczny, 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

- 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.
- Świadczenia oraz limity kosztów usług assistance przysługujące Ubezpieczonemu w zakresie świadczeń assistance określone są w Tabeli nr 1 poniżej.

Tabela nr 1 – Tabela świadczeń i limitów

Rodzaj świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Limit
Usługi informacyjne		Bez limitu
Usługi doradcze	Na życzenie Ubezpieczonego	Bez limitu
Pomoc prawna		Bez limitu
Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty: – internisty – kardiologa – neurologa – psychiatry	Poważna choroba Ubezpieczonego lub Symptomy Poważnej choroby	2 razy w Rocznym okresie ubezpieczenia
Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u specjalisty: – dietetyka – psychologa	Poważna choroba Ubezpieczonego lub Symptomy Poważnej choroby	2 razy w Rocznym okresie ubezpieczenia

Zakres świadczeń assistance

§ 4

W ramach świadczeń wymienionych w Tabeli nr 1 powyżej Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty poniższych usług (zgodnie z opisem świadczeń) w wysokości nieprzekraczającej podanego w Tabeli nr 1 limitu właściwego dla danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

- Usługi informacyjne** – na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy udzieli drogą telefoniczną informacji na temat działających na terytorium Polski:
 - placówek medycznych odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Pomocy (szpitali, Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek,
 - placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych) znajdujących się na terytorium Polski i rekomendowanych przez Centrum Pomocy,
 - apteek znajdujących się na terytorium Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
- Usługi doradcze** – na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy udzieli drogą telefoniczną informacji o charakterze doradczym w zakresie tematycznym:
 - świadczeń socjalnych, rent i innych świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu w ramach publicznego systemu ubezpieczeń społecznych,
 - uprawnień i świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej.
- Pomoc prawna** – na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy udzieli drogą telefoniczną informacji dotyczących:
 - przebiegu załatwiania formalności związanych z Poważną chorobą Ubezpieczonego,
 - praw i obowiązków pacjenta,
 - praw i obowiązków personelu medycznego,
 - zasad organizacji świadczeń zdrowotnych,
 - sporządzania, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej.

4. **Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty** – po wystąpieniu u Ubezpieczonego Poważnej choroby lub Symptomów Poważnej choroby Centrum Pomocy zorganizuje w tym samym Rocznym okresie ubezpieczenia maksymalnie dwie wizyty w Placówce medycznej u lekarza jednej z wymienionych specjalności: internisty, kardiologa, neurologa, psychiatry. Centrum Pomocy pokryje koszt zorganizowanych w ten sposób wizyt lekarskich (honorarium lekarza, bez kosztów dojazdu i bez kosztów ewentualnych przepisanych na wizycie leków).
5. **Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u specjalisty** – po wystąpieniu u Ubezpieczonego Poważnej choroby lub Symptomów Poważnej choroby Centrum Pomocy zorganizuje w tym samym Rocznym okresie ubezpieczenia maksymalnie dwie wizyty u specjalisty dietetyka lub psychologa. Centrum Pomocy pokryje koszt zorganizowanej w ten sposób wizyty (honorarium specjalisty, bez kosztów dojazdu i bez kosztów związanych z wdrożeniem zaleceń przekazanych Ubezpieczonemu na wizycie).

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 Osobisty Asystent Medyczny rozpoczyna się w dniu wejścia w życie umowy dodatkowej Wsparcie w Chorobie 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) w przypadku nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego w terminie wymagalności i o ile składka nie zostanie zapłacona w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do opłacenia składki – z dniem następnym po upływie dodatkowego terminu,
 - c) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczonego od umowy dodatkowej Wsparcie w Chorobie, złożonego w terminie 30 dni od daty jej zawarcia,
 - d) w przypadku wypowiedzenia umowy dodatkowej Wsparcie w Chorobie zawartej z Towarzystwem, z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka,
 - e) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy dodatkowej Wsparcie w Chorobie zawartej z Towarzystwem.W przypadku określonym w punkcie 2 a), 2 c) i 2 e) Ubezpieczyciel zwróci część składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Składka

§ 7

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 8

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - 2) strajków, niepokoїв społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenia w poruszaniu się wprowadzonego decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela,
 - 3) 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.
2. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru oraz działań wojennych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru, oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - 2) 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,
 - 3) chorób psychicznych Ubezpieczonego,
 - 4) popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - 5) uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
 - 6) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 7) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
3. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
4. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem Chorób przewlekłych zdiagnozowanych przed początkiem okresu ubezpieczenia.
5. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia zaplanowanego przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.
6. Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowanej przez nie terapii lub leczenia.
7. 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

1. W celu uzyskania świadczenia Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest zawiadomić Centrum Pomocy o zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, telefonując pod numer telefonu +48 22 575 94 84 i podając następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL,
 - 3) adres miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu,
 - 4) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia,
 - 7) inne informacje niezbędne Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest użyć dostępnych mu środków, aby ograniczyć zwiększenie się skutków Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli niewykonanie tego obowiązku przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy.

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:
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, których dostarczenia wymaga 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, w których rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi nie jest możliwe w terminie, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśni 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 wnosił 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 TUŹiR 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 TUŹiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

NNLife TUŹiR 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.