



Obowiązują od 01.01.2022 r.

**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PODRÓŻNE WORLD
dla Posiadaczy i Użytkowników kart World Mastercard
wydanych przez Santander Bank Polska S.A.**

	RODZAJ INFORMACJI	POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA PODRÓŻNE WORLD DLA POSIADACZY I UŻYTKOWNIKÓW KART WORLD MASTECARD WYDANYCH PRZEZ Santander Bank Polska S.A.
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	Art. 2 ust. 31; Art. 3 ust. 1-3; Art. 4 ust. 1 i 4; Art. 6 ust. 3; Art. 8 ust. 2; Art. 13; Art. 16; Art. 21; Art. 21.
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Tabela świadczeń i limitów; Art. 3 ust. 4; Art. 6 ust. 1, 2 i 4; Art. 7; Art. 8 ust. 4, 7 i 11; Art. 9; Art. 14; Art. 17; Art. 18; Art. 22.

TABELA ŚWIADCZEŃ I LIMITÓW	
W przypadku braku innej informacji kwoty wszystkich świadczeń są podane w przeliczeniu na jednego Ubezpieczonego i jedną Podróż	
Część A – Ubezpieczenie kosztów leczenia i assistance medyczne	
Suma ubezpieczenia na pokrycie kosztów leczenia i repatriacji	80 000 euro
Część B – Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków	
Suma ubezpieczenia dla następstw Nieszczęśliwych wypadków	10 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci (Ubezpieczony od 16 roku)	10 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci (Ubezpieczony do 5 roku)	2 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci (Ubezpieczony między 5 a 15 rokiem życia)	2 000 euro
Łączna Suma ubezpieczenia dla następstw Nieszczęśliwych wypadków dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	20 000 euro
Łączna Suma ubezpieczenia dla następstw Nieszczęśliwych wypadków dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	20 000 euro
Część C – Assistance Podrózny	TAK
Część D – Assistance Prawny	3 000 euro

POSTANOWIENIA WSPÓLNE

Artykuł 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Podróże World, zwane dalej SWU, mają zastosowanie do grupowej umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce, a Santander Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (00-854) przy al. Jana Pawła II 17.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na cudzy rachunek, postanowienia niniejszych SWU stosuje się odpowiednio do osoby, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia.
3. Niniejsze SWU wchodzi w życie z dniem 01 stycznia 2022 r.

Artykuł 2. Definicje pojęć

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

1. **Akt terrorystyczny** – użycie siły, przemocy lub groźby ich użycia przez jakąkolwiek osobę lub grupę osób, samodzielnie lub na czyjąś rzecz lub przy współpracy z jakąkolwiek organizacją, bądź rządem, popełnione z powodów lub w celach politycznych, religijnych, ideologicznych, które powodują szkody dotyczące życia i zdrowia ludzkiego, mienia, wartości materialnych lub niematerialnych lub infrastruktury, włącznie z zamiarem wpływania na rząd, zastraszania ludności lub określonych grup społecznych.
2. **Amatorskie uprawianie sportu** – aktywność Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu sportów, której celem jest odpoczynek i rozrywka, pod warunkiem, że realizowana jest w wyznaczonych do tego celu miejscach, tj. na wytyczonych trasach, oznakowanych szlakach i akwenach.
3. **Centrum Pomocy Assistance** – jednostka organizacyjna zajmująca się w imieniu Ubezpieczyciela organizacją i świadczeniem Ubezpieczenemu usług określonych w niniejszych SWU oraz likwidacją szkód.
4. **Chirurgia jednego dnia** – zabieg chirurgiczny, wykonywany przez wykwalifikowany zespół lekarzy i pielęgniarek, w placówce medycznej posiadającej stosowne uprawnienia pod warunkiem, że zabieg realizowany jest w ramach leczenia jednodniowego, bez Hospitalizacji.
5. **Choroba przewlekła** – wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy w stanie zdrowia, które były zdiagnozowane, leczone lub dawały objawy w okresie 24 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz każde schorzenie sercowo-naczyniowe lub schorzenie układu krążenia sklasyfikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) w ramach grup: I00-I99 oraz E78, które wystąpiło w dowolnym momencie przed rozpoczęciem ochrony wynikającej z SWU i/lub przed jakąkolwiek Podróżą.
6. **Hospitalizacja** – leczenie szpitalne wiążące się z koniecznością pobytu w Szpitalu przez okres obejmujący co najmniej jedną noc.
7. **Karta** - karta kredytowa World Mastercard wydana przez Santander Bank Polska S.A.
8. **Kłęska żywiołowa** – niszczycielskie działanie sił natury w postaci pożaru, uderzenia pioruna, wichury, gradu nawalnego, huraganu, powodzi, lawiny, obniżenie się terenu, wybuchu wulkanu, trzęsienia ziemi.
9. **Klient** – będący osobą fizyczną, prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z umowy ubezpieczenia oraz poszukujący ochrony ubezpieczeniowej.
10. **Koszty Podróży** – koszty, do pokrycia których zobowiązany jest Posiadacz karty /Użytkownik karty w celu aktywacji ochrony ubezpieczeniowej wobec danej Podróży. Poprzez pokrycie Kosztów Podróży rozumie się dokonanie płatności przy użyciu Karty w ramach co najmniej jednej z poniższych czynności:
 - 1) zakupu biletu w międzynarodowym transporcie drogowym, kolejowym, morskim lub lotniczym, obsługiwanym przez przewoźnika zawodowego (także jeżeli bilet dotyczy części Podróży),
 - 2) zakupu wycieczki zagranicznej w biurze podróży lub uiszczenia zaliczki na jej poczet;
 - 3) opłacenia zakwaterowania w Podróż; przy czym musi nastąpić obciążenie karty kosztami noclegu (rezervacja pobytu poprzez podanie numeru karty nie jest jednoznaczna z dokonaniem płatności);
 - 4) zatankowania samochodu, którym Posiadacz karty/ Użytkownik karty udaje się w Podróż, przy czym tankowanie musi się odbyć na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej maksymalnie w ciągu 12 godzin poprzedzających przekroczenie granicy Rzeczypospolitej Polskiej; dodatkowo wymagane jest udokumentowanie pobytu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej w postaci potwierdzenia wypłaty gotówki w bankomacie lub transakcji dowolną kartą należącą do Ubezpieczonego, bądź innego dowodu potwierdzającego zakupy dokonane w ciągu 24 godzin od daty dokonania płatności za paliwo;
 - 5) wynajmu samochodu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
11. **Kraj stałego zamieszkania** – kraj, w którym Ubezpieczony mieszka oraz w którym koncentruje się jego życie zawodowe i osobiste. Nie jest Krajem stałego zamieszkania kraj, w którym dana osoba przebywa z zamiarem kształcenia się lub do którego została oddelegowana do pracy.
12. **Miejsce zamieszkania** – znajdujący się na terytorium Kraju stałego zamieszkania lokal mieszkalny lub budynek mieszkalny jednorodzinny, w którym Ubezpieczony na stałe przebywa.
13. **Nagle zachorowanie** – nagłe zaburzenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w okresie ochrony ubezpieczeniowej, które ze względu na swój charakter stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia Ubezpieczonego niezależnie od jego woli i wymaga niezbędnego, bezzwłocznego leczenia. Za Nagłe zachorowanie nie uznaje się zaburzenia stanu zdrowia, którego leczenie zostało rozpoczęte przed początkiem okresu

ubezpieczenia lub którego objawy występowały przed początkiem Okresu ubezpieczenia, nawet w przypadku, kiedy nie było ono badane przez lekarza ani leczone.

14. **Nieszczęśliwy wypadek** – niespodziewane i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli doznał rozstroju zdrowia, fizycznych obrażeń lub zmarł.
15. **Okres ubezpieczenia** – okres liczony od dnia przystąpienia przez Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia do momentu rezygnacji z ochrony, wygaśnięcia umowy ubezpieczenia lub zamknięcia rachunku Karty.
16. **Podróż** – czasowa zmiana miejsca pobytu Ubezpieczonego, obejmująca dojazd, pobyt poza Miejscem zamieszkania oraz powrót do Miejscza zamieszkania Ubezpieczonego, trwająca łącznie nie dłużej niż 60 kolejnych dni, której Koszty Podróży z góry w całości zostały opłacone Kartą. Podróże odbywane wyłącznie na terenie Kraju stałego zamieszkania chronione są w przypadku rezerwacji i pokrycia kosztów zakwaterowania przez Ubezpieczonego przez co najmniej 3 dni (2 noce) w hotelu, motelu, na kempingu, w pensjonacie, domku letniskowym lub innym podobnym obiekcie wynajmowanym za opłatą.
17. **Praca fizyczna** – wykonywanie lub podjęcie przez Ubezpieczonego czynności w celu zarobkowym, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, z wyjątkiem pracy kierowców autokarów i pracy umysłowej (biurowej, naukowej itp.), które opierają się głównie na sile mięśni oraz umiejętnościach manualnych i praktycznych. W rozumieniu niniejszych SWU Pracą fizyczną jest również działalność niezarobkowa, np. praktyki zawodowe, wolontariat.
18. **Reklamacja** – wystąpienie Klienta skierowane do Ubezpieczyciela, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
19. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela za szkody powstałe w Okresie ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia dla poszczególnych ryzyk została wskazana w Tabeli świadczeń i limitów.
20. **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w postaci wykonywanych całonocowo kompleksowych świadczeń zdrowotnych polegających na diagnostowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji. Definicja Szpitala nie obejmuje ośrodków dla osób psychicznie chorych, ośrodków opieki społecznej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych i wypoczynkowych.
21. **Tabela świadczeń i limitów** – zestawienie wszystkich Sum ubezpieczenia, sum gwarancyjnych, limitów świadczeń ubezpieczeniowych ustalonych dla poszczególnych rodzajów ubezpieczenia objętych niniejszymi SWU. Tabela świadczeń i limitów stanowi integralną część SWU.
22. **Tabela NNW** – lista uszkodzeń ciała stawek procentowych ewentualnego odszkodowania stanowiąca podstawę do obliczenia świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałych uszczerbków na zdrowiu i Trwałej niezdolności do pracy będących następstwem Nieszczęśliwych wypadków. Tabela NNW jest integralną częścią niniejszych SWU (art. 16 ust. 12). Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo wprowadzania zmian lub uzupełnień w Tabeli NNW w zależności od rozwoju wiedzy i sztuki lekarskiej. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego określa Ubezpieczyciel według Tabeli NNW obowiązującej w chwili przystąpienia do Ubezpieczenia Podróże World przez Ubezpieczonego.
23. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – powstałe w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu, nierokujące poprawy.
24. **Trwała niezdolność do pracy** – całkowita utrata zdolności do pracy zarobkowej orzeczona przez organ rentowy (w rozumieniu Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. 1998 Nr 162 poz. 1118) na okres nie krótszy niż 12 miesięcy następujących kolejno po sobie, która powstała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z powodu naruszenia sprawności organizmu, nie rokująca odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu.
25. **Ubezpieczający** – Santander Bank Polska S.A., który zawarł z Ubezpieczycielem grupową umowę ubezpieczenia.
26. **Ubezpieczony (Posiadacz karty/Użytkownik karty)** – osoba fizyczna, która zawarła z Santander Bank Polska S.A. umowę o udzielenie kredytu i wydanie płatniczej Karty (Posiadacz karty) oraz osoba fizyczna, której dane identyfikacyjne są umieszczone na Karcie, upoważniona przez Posiadacza karty do dokonywania w jego imieniu i na jego rzecz operacji przy użyciu karty dodatkowej na podstawie umowy o wydanie dodatkowej karty kredytowej (Użytkownik karty) i która dysponuje w/w aktywną Kartą.
27. **Ubezpieczyciel** – Inter Partner Assistance Oddział w Polsce z siedzibą przy ul. Prostej 68, 00-838 w Warszawie, będący oddziałem Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli, spółki prawa belgijskiego.
28. **Uposażony** - osoba wskazana przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci. W przypadku niewyznaczenia Uprawnionego świadczenie przysługujące spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności i wysokości zgodnej z zasadami dziedziczenia ustawowego.
29. **Współubezpieczony** – osoba fizyczna, objęta ochroną ubezpieczeniową:
 - 1) małżonek lub partner życiowy Posiadacza lub Użytkownika Karty.;
 - 2) dzieci Posiadacza lub Użytkownika Karty, które nie ukończyły 25 roku życia i pozostają na jego utrzymaniu.Współubezpieczeni są uprawnieni do świadczeń w przypadku Podróży odbywanej niezależnie od siebie i niezależnie od Ubezpieczonego. Wszelkie zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej i realizacji świadczeń wskazane w niniejszym SWU w stosunku do Ubezpieczonego mają zastosowanie do Współubezpieczonych.

30. **Zachorowanie na COVID-19** - nagłe zaburzenie stanu zdrowia (występujące objawy) Ubezpieczonego, do którego doszło w wyniku zakażenia wirusem SARS-CoV-2, które stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia Ubezpieczonego i wymaga niezbędnego, bezwzględnego leczenia
31. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte zakresem umowy ubezpieczenia, które nastąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie którego powstaje obowiązek Ubezpieczyciela do udzielenia Ubezpieczonemu lub osobie trzeciej świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU. Zdarzenia spowodowane jedną przyczyną i obejmujące wszystkie okoliczności oraz ich skutki, powiązane relacją przyczynowo-skutkową, czasem wystąpienia lub innym bezpośrednim czynnikiem, będą uważane za jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Artykuł 3. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia Podróże World

1. Ubezpieczenie zapewnia Ubezpieczonemu ochronę ubezpieczeniową w Okresie ubezpieczenia podczas ich Podróży.
2. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest w stosunku do Podróży odbywanych na terytorium całego świata.
3. W zakresie ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:
 - 1) Część A: Ubezpieczenie kosztów leczenia i assistance medycznego;
 - 2) Część B: Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków;
 - 3) Część C: Assistance podróży;
 - 4) Część D: Assistance prawny.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszych SWU obejmuje zdarzenia będące następstwem Amatorskiego uprawiania sportu. Zakres ochrony świadczony jest zgodnie z poniższą tabelą i obejmuje następujące rodzaje zwykłej, wycieczkowej aktywności sportowej oraz sporty uprawiane na poziomie rekreacyjnym:

Dyscyplina	Ochrona w ramach: Części A: Ubezpieczenie kosztów leczenia i assistance	Ochrona w ramach: Części B: Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków
Zjazd na linie	TAK	NIE
Łucznicтво	TAK	NIE
Badminton	TAK	TAK
Baseball	TAK	TAK
Koszykówka	TAK	TAK
Kręgle	TAK	TAK
Jazda na wielbłądzie	TAK	TAK
Kajakarstwo (do stopnia/klasy 3)	TAK	NIE
Strzelanie do rzutków	TAK	NIE
Krykiet	TAK	TAK
Narciarstwo biegowe	TAK	NIE
Jazda na słońiu	TAK	NIE
Biegi górskie	TAK	NIE
Szermierka	TAK	NIE
Wędkarstwo	TAK	TAK
Piłka nożna	TAK	TAK
Jazda na nartach na lodowcu	TAK	NIE
Jazda gokartem	TAK	NIE
Golf	TAK	TAK
Hokej	TAK	TAK
Jazda konna	TAK	NIE
Przełajowa jazda konna	TAK	NIE
Lot balonem na gorące powietrze	TAK	NIE
Łyżwiarstwo (na oficjalnych lodowiskach)	TAK	TAK
Jazda skuterem wodnym	TAK	NIE
Kitesurfing	TAK	NIE
Jazda figurowa na jednej nartcie (monoskiing)	TAK	TAK

Kolarstwo górskie na nawierzchni asfaltowej	TAK	NIE
Netball	TAK	TAK
Biegi na orientację	TAK	TAK
Paintball	TAK	NIE
Jazda przełajowa na kucykach	TAK	TAK
Racquetball	TAK	TAK
Kolarstwo szosowe	TAK	TAK
Jazda na łyżworolkach	TAK	TAK
Palant	TAK	TAK
Biegi	TAK	TAK
Żeglarstwo (w odległości do 20 mil morskich od brzegu)	TAK	TAK
Żeglarstwo (w odległości powyżej 20 mil morskich od brzegu)	TAK	NIE
Nurkowanie (bez uprawnień do 18 metrów)	TAK	TAK
Nurkowanie (z uprawnieniami: • PADI Open Water do 18 metrów • PADI Advanced Open Water do 30 metrów • BSAC Ocean Diver do 20 metrów • BSAC Sport Diver do 35 metrów • BSAC Dive Leader do 50 metrów)	TAK	NIE
Turystyka na nartach	TAK	NIE
Jazda na skuterze śnieżnym	TAK	NIE
Narciarstwo (na wyznaczonej trasie lub poza wyznaczoną trasą z przewodnikiem)	TAK	TAK
Jazda na krótkich nartach (snowblading)	TAK	NIE
Jazda na snowboardzie (na wyznaczonej trasie lub poza wyznaczoną trasą z przewodnikiem)	TAK	TAK
Wędrówki przy użyciu rakiet śnieżnych	TAK	TAK
Squash	TAK	TAK
Surfing	TAK	TAK
Tenis stołowy	TAK	TAK
Tenis	TAK	TAK
Saneczkarstwo	TAK	NIE
Skoki z trampoliny	TAK	TAK
Trekking (do 4000 metrów bez użycia sprzętu wspinaczkowego)	TAK	TAK
Siatkówka	TAK	TAK
Gry wojenne	TAK	NIE
Piłka wodna	TAK	TAK
Jazda na nartach wodnych	TAK	TAK
Windsurfing	TAK	TAK
Pływanie jachtem (w odległości do 20 mil morskich od brzegu)	TAK	TAK
Pływanie jachtem (w odległości powyżej 20 mil morskich od brzegu)	TAK	NIE
Zorbing	TAK	TAK

Artykuł 4. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczony przystępuje do umowy ubezpieczenia poprzez złożenie oświadczeń związanych z ubezpieczeniem za pośrednictwem Ubezpieczającego, w toku zawierania umowy o udzielenie kredytu i wydanie Karty.
2. Ubezpieczony przystępuje do umowy ubezpieczenia na Okres ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać Ubezpieczonemu SWU oraz zapoznać go z treścią umowy ubezpieczenia w zakresie w jakim dotyczy ona jego praw i obowiązków.
4. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia jest skuteczne od dnia następnego po dniu złożenia oświadczeń związanych z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 1 niniejszego artykułu, pod warunkiem aktywacji Karty zgodnie z postanowieniami Regulamin kart kredytowych dla klientów indywidualnych.
5. Treść stosunku prawnego Ubezpieczonego z Ubezpieczycielem z grupowej umowy ubezpieczenia wynika z treści niniejszych SWU.

Artykuł 5. Składka ubezpieczeniowa

1. Ubezpieczyciel określa wysokość składki ubezpieczeniowej na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Wysokość składki jest uzależniona od zakresu i wariantu ubezpieczenia.
2. Obowiązek opłacenia składki ubezpieczeniowej ciąży na Ubezpieczającym.
3. Zapłata składki ubezpieczeniowej realizowana jest zgodnie z grupową umową ubezpieczenia.

Artykuł 6. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się wyłącznie dla Podróży, których Koszty Podróży w całości z góry zostały opłacone Kartą, za wyjątkiem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Części A: Ubezpieczenie kosztów leczenia i assistance medycznego, która funkcjonuje niezależnie od dokonania w/w płatności.
2. Ochrona ubezpieczeniowa oraz prawo do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia:
 - 1) dla Części A: Ubezpieczenie kosztów leczenia i assistance medycznego oraz Części D: Assistance prawny rozpoczyna się od momentu przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy jego Kraju stałego zamieszkania przy wyjeździe, a kończy się w chwili przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy jego Kraju stałego zamieszkania przy powrocie, najpóźniej jednak o godzinie 24:00 w 60 dniu Podróży;
 - 2) dla Części B: Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków oraz Części C: Assistance podróżny, rozpoczyna się w chwili opuszczenia przez Ubezpieczonego Miejsca zamieszkania z bezpośrednim zamiarem rozpoczęcia Podróży, a dobiega końca w chwili powrotu Ubezpieczonego do Miejsca zamieszkania po zakończeniu Podróży, najpóźniej jednak o godzinie 24:00 w 60 dniu Podróży
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na Okres ubezpieczenia, w ramach którego świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa zgodnie z postanowieniami ust. 1 i 2 niniejszego artykułu. Ochrona ubezpieczeniowa ulega jednak automatycznemu wyłączeniu o czas niezbędny do powrotu do Miejsca zamieszkania, w przypadku braku możliwości powrotu Ubezpieczonego z Podróży w pierwotnie planowanym terminie, następujących przyczyn:
 - awaria środka transportu, którym Ubezpieczony planował powrót,
 - odwołanie lub opóźnienie środka transportu powrotnego w związku ze złymi warunkami atmosferycznymi,
 - Akt terrorystyczny w miejscu Podróży.
 W sytuacjach przedłużania się Podróży z przyczyn, o których mowa powyżej Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie skontaktować się z Centrum Pomocy Assistance w celu poinformowania Ubezpieczyciela o tym fakcie. Niezbędnym warunkiem do uzyskania świadczeń, do których prawo Ubezpieczony nabył w przedłużonym okresie ochrony ubezpieczeniowej, jest udokumentowanie zaistnienia w/w zdarzeń np.,zaświadczenie od przewoźnika.

4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa:

- 1) z momentem wyczerpania Sumy ubezpieczenia lub limitów dla poszczególnych świadczeń wchodzących w zakres umowy ubezpieczenia – w odniesieniu do tych ryzyk oraz w stosunku do danego Ubezpieczonego;
- 2) z dniem rozwiązania grupowej umowy ubezpieczenia przed upływem Okresu ubezpieczenia niezależnie od podstawy prawnej lub przyczyny rozwiązania;
- 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego w stosunku do tego Ubezpieczonego;
- 4) nie później niż o północy 60. dnia Podróży (z wyłączeniem postanowień ust. 3 niniejszego artykułu);
- 5) z dniem zamknięcia rachunku Karty
- 6) z dniem otrzymania przez Ubezpieczającego oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej

Artykuł 7. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia dla poszczególnych ryzyk wskazana jest w Tabeli świadczeń i limitów.
2. Suma ubezpieczenia odnosi się do każdego Ubezpieczonego oddzielnie i jest podana w przeliczeniu na jedną Podróż.
3. Suma ubezpieczenia ustalona jest na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe. Każde świadczenie zrealizowane w związku z danym Zdarzeniem ubezpieczeniowym pomniejsza Sumę ubezpieczenia.

Artykuł 8. Ustalanie zasadności roszczeń i wysokości świadczeń

1. W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony samodzielnie bądź za pośrednictwem osoby występującej w jego imieniu zobowiązany jest do niezwłocznego kontaktu telefonicznego z Centrum Pomocy Assistance pod całonocowym numerem +48 22 575 93 19 (opłata za połączenie zgodnie z taryfą operatora) w celu zawiadomienia Ubezpieczyciela o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego poprzez przedstawienie zgodnych

- z prawdą wyjaśnień dotyczących powstania i następstw takiego zdarzenia oraz wszelkich innych umów ubezpieczenia w zakresie tych samych ryzyk.
2. Ciężar zgłoszenia i udowodnienia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego spoczywa na osobie ubiegającej się o świadczenie. Po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym Ubezpieczyciel ustala przesłanki swojej odpowiedzialności oraz bada okoliczności dotyczące wysokości szkody.
3. Ustalenie zasadności roszczeń i wysokości przysługujących świadczeń odbywa się w oparciu o niezbędną dokumentację określoną w niniejszych SWU, którą przedkłada Ubezpieczony samodzielnie, bądź za pośrednictwem osoby występującej w jego imieniu. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji składanych dokumentów.
4. Na żądanie Ubezpieczyciela, w przypadkach uzasadnionych, jeżeli wskazane w niniejszych SWU dokumenty okażą się niewystarczające do ustalenia zakresu odpowiedzialności Ubezpieczonego, Ubezpieczony samodzielnie, bądź za pośrednictwem osoby występującej w jego imieniu zobowiązany jest do przedstawienia innych dokumentów, niezbędnych do określenia zasadności roszczeń i wysokości świadczeń.
5. Na żądanie Ubezpieczyciela, w przypadkach uzasadnionych, związanych z ustaleniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest udostępnić Ubezpieczycielowi informacje na temat swojego stanu zdrowia i wyrazić zgodę na jego zbadanie. Powyższy obowiązek ciąży również na osobie uprawnionej do świadczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego, o ile ma ona dostęp do stosownej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego dotyczącej stanu zdrowia lub przyczyn śmierci Ubezpieczonego.
6. W sytuacjach, gdy Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego uchyła się od obowiązku dostarczenia dokumentacji, bądź wyrażenia stosownej zgody na zbadanie stanu zdrowia/przyczyny śmierci Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami ust. 3, 4 i 5 niniejszego artykułu, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, w takim zakresie w jakim niewypełnienie tego obowiązku przyczyniło się do uniemożliwienia ustalenia okoliczności mających wpływ na zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie do wysokości Sumy ubezpieczenia albo limitów właściwych dla poszczególnych świadczeń, zgodnie z zakresem ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić należne świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zgłoszenia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
9. Jeśli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 8 niniejszego artykułu okazałoby się niemożliwe, wówczas świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, z zastrzeżeniem, że bezsporną w świetle zebranej dokumentacji część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie określonym w ust. 8 niniejszego artykułu.
10. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w terminach określonych w powyższych ustępach zobowiązany jest do pisemnego zawiadomienia Ubezpieczonego lub osoby występującej w jego imieniu o przyczynach odmowy zaspokojenia roszczeń w terminie określonym w ust. 9 powyżej.
11. Świadczenie jest zawsze wypłacane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w walucie obowiązującej w Rzeczypospolitej Polskiej według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego za wyjątkiem bezpośrednich płatności na rzecz zagranicznych placówek służby zdrowia, zagranicznych poszkodowanych lub innych zagranicznych podmiotów, jeżeli SWU nie zawierają odmiennych postanowień.

Artykuł 9. Generalne wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w sytuacjach, w których Ubezpieczony:
 - 1) nie przestrzega wskazówek Centrum Pomocy Assistance i nie współdziała z nim lub nie przedstawi dokumentów, do których złożenia zobowiązany jest na mocy niniejszych SWU, w zakresie w jakim było to uzasadnione dla ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub rodzaju i zakresu należnych świadczeń;
 - 2) działa wbrew zaleceniom lekarza prowadzącego, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się rozmiaru szkody;
 - 3) nie zwołał z obowiązku zachowania tajemnicy lekarza prowadzącego lub innej instytucji, w przypadku gdy jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela a Centrum Pomocy Assistance poinformuje o tym wymaganiu składającego wniosek o świadczenie.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia będące następstwem:
 - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego lub osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje w wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 2) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
 - 3) Nieszczęśliwych wypadków lub zaburzeń stanu zdrowia, schorzeń, zachorowań, których objawy występowały przed początkiem Okresu ubezpieczenia, również w przypadku, kiedy mimo ich wystąpienia nie zasięgnięto porady lekarskiej.
3. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków, gdy zdarzenie pozostaje w związku z:
 - 1) Chorobą przewlekłą;
 - 2) popełnieniem bądź usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 3) udziałem Ubezpieczonego w konflikcie wojennym, w misjach pokojowych, akcjach bojowych lub wojennych;

- 4) udziałem w buntach, demonstracjach, powstaniach, publicznych aktach przemocy, strajkach lub na skutek ingerencji lub decyzji organów administracji publicznej;
 - 5) naruszeniem przepisów prawa, zarządzeń lub środków mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa, zastosowanych przez dany kraj lub kiedy Ubezpieczony złamał przepisy bezpieczeństwa lub nie używał w chwili zaistnienia zdarzenia odpowiednich środków ochronnych takich jak: kask przy jeździe konnej lub rowerowej, na nartach i na snowboardzie, kask i kamizelka ratunkowa przy sportach wodnych lub nie posiadał odpowiednich ważnych uprawnień do wykonywania danej aktywności, na przykład prawa jazdy, uprawnień do nurkowania rekreacyjnego, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się rozmiaru szkody;
 - 6) niewykonywaniem szczepli ochronnych lub zabiegów profilaktycznych wymaganych przed Podróżą zagraniczną na terytorium danego kraju;
 - 7) chorobami przenoszonymi drogą płciową, AIDS, HIV;
 - 8) zaburzeniami psychicznymi;
 - 9) następstwami znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających;
 - 10) uprawianiem aktywności sportowej nieobjętej podstawową ochroną ubezpieczeniową (tabela sportów objętych ubezpieczeniem znajduje się w artykule 3 ust. 4 niniejszych SWU);
 - 11) uprawianiem aktywności sportowej w miejscach do tego nie przeznaczonych;
 - 12) braniem udziału w polowaniach na zwierzęta;
 - 13) braniem udziału w zawodach lub rajdach, jako kierowca, pilot lub pasażer pojazdów silnikowych, również podczas jazd próbnych i testowych;
 - 14) postępowaniem, w związku z którym Ubezpieczony nie przestrzegając przepisów prawa obowiązujących na terenie danego państwa;
 - 15) wykonywaniem Pracy fizycznej;
 - 16) wykonywaniem zadań kaskaderskich;
 - 17) wykonywaniem pełnionej funkcji: żołnierza, policjanta, członka innej służby mundurowej lub innej jednostki lub służby bezpieczeństwa;
 - 18) wypadkami lotniczymi, z wyłączeniem przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.
4. Ponadto ubezpieczenie nie obejmuje przypadków, gdy zdarzenie:
- 1) miało miejsce na terytorium Kraju stałego zamieszkania, o ile w niniejszych SWU nie wprowadzono postanowień odmiennych dla danego rodzaju ubezpieczenia;
 - 2) miało miejsce na terenie państwa, w którym Ubezpieczony przebywa nielegalnie;
 - 3) spowodowane zostało przez energię jądrową lub zagrożenia o charakterze jądrowym lub w związku z nimi;
 - 4) było znane w chwili przystąpienia do umowy ubezpieczenia;
 - 5) nastąpiło w wyniku samobójstwa, próby samobójczej lub na skutek umyślnego samookałeczenia ciała Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 6) nastąpiło w trakcie Podróży rozpoczętej przez Ubezpieczonego po opublikowaniu przez Światową Organizację Zdrowia lub Ministerstwo Spraw Zagranicznych Rzeczypospolitej Polskiej ostrzeżenia przed podróżą na dany obszar o najwyższym stopniu;
 - 7) zostało spowodowane przez epidemię (z wyjątkiem Zachorowania na COVID-19 w odniesieniu do Części A – Ubezpieczenia kosztów leczenia i assistance) bądź skażenie chemiczne lub biologiczne;
 - 8) nastąpiło w trakcie i w związku z posługiwaniem się pirotechniką lub bronią palną.
5. Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów:
- 1) poniesionych przez Ubezpieczonego lub inne osoby dotyczących nawiązania kontaktu z Ubezpieczycielem lub Centrum Pomocy Assistance;
 - 2) rozmów telefonicznych, połączeń z Internetem i połączeń faksowych włącznie z kosztami roamingu przy oddzwanianiu za granicę.

Artykuł 10. Roszczenia regresowe

1. Z dniem wypłaty świadczenia (odszkodowania) na Ubezpieczyciela przechodzą roszczenia wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę do wysokości świadczenia (odszkodowania) wypłaconego przez Ubezpieczyciela. W przypadku gdy Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń przed roszczeniami Ubezpieczyciela w stosunku do pozostałej części.
2. Na Ubezpieczyciela nie przechodzą roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1 niniejszego artykułu przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. 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.

Artykuł 11. Postanowienia końcowe

1. Wszystkie oświadczenia, zawiadomienia i wnioski związane z treścią umowy ubezpieczenia składane do Ubezpieczyciela, z wyłączeniem tych, które na podstawie niniejszych SWU przekazywane są do Centrum Pomocy Assistance, powinny zostać złożone w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Dokumentacja związana z ustaleniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela kierowana do Centrum Pomocy Assistance może być doręczana za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail Ubezpieczyciela na adres likwidacja@axa-assistance.pl. Na żądanie Centrum Pomocy Assistance, w uzasadnionych przypadkach, Ubezpieczony samodzielnie, bądź za pośrednictwem osoby występującej w jego imieniu zobowiązany jest do

dostarczenia dokumentów uprzednio przekazanych za pomocą poczty elektronicznej, bądź faksu, przez przesłanie ich listem poleconym za pokwitowaniem odbioru.

2. We wszelkich kontaktach i prowadzonej z Ubezpieczycielem korespondencji obowiązują język polski. Dla dokumentacji medycznej dopuszcza się języki obce, jednak Ubezpieczyciel może wymagać przedłożenia dokumentacji przetłumaczonej przysięgle z języka obcego na język polski.
3. W przypadkach, kiedy niniejsze SWU odsyłają do powszechnie obowiązujących przepisów prawa, oznacza to przepisy prawa, które są ważne i obowiązują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub w państwie, w którym wystąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
4. Dla umowy ubezpieczenia, do której mają zastosowanie niniejsze SWU właściwym jest prawo polskie.
5. Pomoc Ubezpieczonemu w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym udzielana jest zgodnie z przepisami państwa, w którym jest ona świadczona lub w ramach przepisów międzynarodowych.

Artykuł 12. Postępowanie reklamacyjne

1. Reklamacje składa się Ubezpieczycielowi drogą:
 - 1) telefoniczną pod numerem + 48 22 575 93 19;
 - 2) e-mailową na adres: quality@axa-assistance.pl;
 - 3) pocztową na adres: Inter Partner Assistance Oddział w Polsce, ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa.
2. Pisemne oraz w formie elektronicznej Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Klienta, nazwa firmy;
 - 2) pełen adres korespondencyjny;
 - 3) lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź;
 - 4) numer karty objętej ubezpieczeniem;
 - 5) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności Reklamacji;
 - 6) oczekiwane działania;
 - 7) w przypadku gdy Klient oczekuje przesłania odpowiedzi drogą elektroniczną – żądanie Klienta w tym zakresie.
3. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, Ubezpieczyciel poinformuje o tym Klienta, w celu dostarczenia przez Klienta wszelkich danych i informacji, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel w zakresie w i w celu niezbędnym do rozpatrzenia Reklamacji. 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.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
5. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy chyba, że Klient wniósł o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail.
6. Klient może wystąpić na drogę sądową. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
7. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
8. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z umową ubezpieczenia. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl/>.

POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE

Część A) Ubezpieczenie kosztów leczenia i assistance medycznego

Artykuł 13. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia kosztów leczenia i assistance medycznego

1. Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty leczenia oraz organizacja usług assistance medycznego dla Ubezpieczonego, który podczas Podróży poza terytorium Kraju stałego zamieszkania musiał poddać się leczeniu.
2. Za Zdarzenie ubezpieczeniowe w przypadku Ubezpieczenia kosztów leczenia i assistance medycznego uważa się Nagłe zachorowanie, Zachorowanie na COVID-19 lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, do którego doszło w trakcie Podróży zagranicznej, i które wymaga niezbędnego i niezwłocznego podjęcia leczenia za granicą.
3. Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym niezbędne, nieuniknione i celowe koszty leczenia lub zabiegu powstałe poza terytorium Kraju stałego zamieszkania, łącznie z przeprowadzeniem bezpośrednio z nim związanych procedur diagnostycznych, które są zalecone przez lekarza i mają na celu ustabilizowanie stanu zdrowia Ubezpieczonego do tego stopnia, aby był on w

stanie kontynuować Podróż lub wrócić do Kraju stałego zamieszkania i ewentualnie wówczas kontynuować leczenie.

4. O ile nie zostało wskazane inaczej, za wymienione w ust. 3 niniejszego artykułu koszty uważa się:
 - 1) badania niezbędne do postawienia diagnozy oraz podjęcia procedury leczenia;
 - 2) udzielenie niezbędnej pomocy lekarskiej oraz ambulatoryjnej, w tym konsultacje i honoraria lekarskie;
 - 3) Hospitalizację w pokoju wieloosobowym o standardowym wyposażeniu oraz przy zapewnieniu standardowej opieki medycznej przez niezbędny czas oraz związane z tym pobytom koszty leczenia łącznie z operacją, znieczuleniem, lekami, materiałami i kosztami żywienia szpitalnego;
 - 4) leki, środki opatrunkowe, środki pomocnicze i ortopedyczne (z wyłączeniem protez) przepisane przez lekarza w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym wyłącznie w zakresie wynikającym z obrażeń spowodowanych danym Zdarzeniem ubezpieczeniowym;
 - 5) usługi stomatologiczne przy ostrych stanach bólowych zębów, leczonych za pomocą ekstrakcji lub z zastosowaniem podstawowego wypełnienia (łącznie z RTG) i zabiegi bezpośrednio mające na celu zmniejszenie bólu związanego ze służówką jamy ustnej.
5. W ramach ubezpieczenia assistance medyczny Ubezpieczyciel organizuje poniższe świadczenia lub organizuje i pokrywa ich koszt (zgodnie z postanowieniami poszczególnych podpunktów) w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym:
 - 1) organizacja transportu (repatriacji) Ubezpieczonego z powrotem na teren Kraju stałego zamieszkania, jeżeli z przyczyn zdrowotnych nie można było wykorzystać pierwotnie zaplanowanego środka transportu. Transport odbywa się dostosowanym do stanu zdrowia Klienta środkiem transportu;
 - 2) organizacja i pokrycie kosztów rekonwalescencji, czyli przedłużenia podróży zagranicznej Ubezpieczonego, jeżeli pierwotnie planowany okres jego Podróży minął na skutek leczenia w związku z uprzednią Hospitalizacją, a Ubezpieczony nie mógł odbyć podróży w pierwotnie zaplanowanym terminie i zaplanowanym środkiem transportu, i jednocześnie nie wymaga on już Hospitalizacji. Centrum Pomocy Assistance organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania przez okres niezbędny do organizacji transportu (repatriacji) zgodnie z opinią lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego. Centrum Pomocy Assistance pokrywa koszty zakwaterowania na czas rekonwalescencji maksymalnie do równowartości kwoty 150 € dziennie;
 - 3) organizacja transportu zwłok Ubezpieczonego do miejsca pochówku na teren Kraju stałego zamieszkania, jeżeli Ubezpieczony zmarł podczas podróży. Centrum Pomocy Assistance organizuje transport zwłok oraz zakupu trumny przewozowej;
 - 4) organizacja i pokrycie kosztu transportu i pobytu osoby bliskiej wezwanej do towarzyszenia Ubezpieczonemu, który podczas Podróży musi być Hospitalizowany przez co najmniej 5 dni. Centrum Pomocy Assistance organizuje transport i zakwaterowanie jednej osoby bliskiej. Centrum Pomocy Assistance organizuje i pokrywa koszty transportu w dwie strony w klasie ekonomicznej oraz koszty zakwaterowania do równowartości kwoty 150 € dziennie dla jednej osoby wezwanej do Ubezpieczonego z Kraju jego stałego zamieszkania;
 - 5) organizacja i pokrycie kosztu transportu dzieci, które nie ukończyły 15 roku życia, znajdujących się podczas Podróży pod opieką Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony podczas Podróży musi być Hospitalizowany i nie towarzyszy mu żadna inna osoba pełnoletnia. Centrum Pomocy Assistance, w porozumieniu z opiekunem dzieci, organizuje i pokrywa koszt ich transportu do miejsca wskazanego przez opiekuna, które znajduje się na terenie Kraju stałego zamieszkania.

Artykuł 14. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia kosztów leczenia i assistance medycznego.

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 9 Ubezpieczenie kosztów leczenia nie obejmuje pozostających w związku przyczynowo-skutkowym:
 - 1) zdarzeń związanych z poddaniem się przez Ubezpieczonego leczeniu szpitalnemu lub zabiegom, do których wskazania istniały przed rozpoczęciem Podróży zagranicznej, bądź związanych z wyjazdem w celu uzyskania porady lekarskiej w istniejącym już zaburzeniu stanu zdrowia Ubezpieczonego;
 - 2) świadczeń przekraczających zakres niezbędnej pomocy medycznej, tj. pomocy która zabezpieczy życie i zdrowie Ubezpieczonego, na tyle, aby mógł wrócić do Miejsca zamieszkania lub placówki medycznej na terenie Kraju stałego zamieszkania i w razie potrzeby kontynuować leczenie we własnym zakresie;
 - 3) zdarzeń związanych z alkoholizmem lub chorobami wynikającymi z alkoholizmu;
 - 4) pobytu i leczenia w ośrodkach opieki społecznej, ośrodkach dla psychicznie chorych, hospicjach onkologicznych, ośrodkach leczenia uzależnień od narkotyków, alkoholu, ośrodkach sanatoryjnych, rehabilitacyjnych i wypoczynkowych;
 - 5) sytuacji udzielenia pomocy medycznej wyłącznie ze wskazań estetycznych, operacji plastycznych, zabiegów kosmetycznych, a także wszelkiej pomocy niezbędnej w skutek poddania się w/w zabiegom;
 - 6) sytuacji, w których opieka medyczna jest wskazana i odpowiednia, jednak nie musi być udzielona natychmiastowo i można jej udzielić po powrocie na teren Kraju stałego zamieszkania;
 - 7) sytuacji udzielenia pomocy medycznej związanej z badaniami kontrolnymi lub szczepieniami profilaktycznymi;
 - 8) zdarzeń powstałych w skutek Chorób przewlekłych, zaostrzeń lub powikłań Chorób przewlekłych, a także zaostrzeń lub powikłań po Hospitalizacji poprzedzającej zawarcie umowy ubezpieczenia w okresie 12 miesięcy, bądź po

zabiegu przeprowadzonym w ramach Chirurgii jednego dnia w okresie 30. dni przed zawarciem umowy ubezpieczenia,;

- 9) skutków Klęsk żywiołowych;
 - 10) badań (łącznie z laboratoryjnymi i ultrasonograficznymi) w celu stwierdzenia ciąży, przerwania ciąży, jakichkolwiek powikłań ciąży zagrożonej, jakichkolwiek powikłań po 26 tygodniu ciąży oraz porodu;
 - 11) sytuacji leczenia bezpłodności lub sztucznego zapłodnienia oraz kuracji hormonalnych z nimi związanych;
 - 12) kosztów leków wydanych bez pisemnego zalecenia lekarza;
 - 13) sytuacji leczenia metodami nieuznanymi przez powszechną wiedzę medyczną, leczenia metodami niekonwencjonalnymi;
 - 14) zakupu bądź naprawy okularów korekcyjnych, protez (również dentystycznych), sprzętu rehabilitacyjnego, aparatów słuchowych,
 - 15) kosztów akcji ratowniczych;
 - 16) wszelkich kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez zgody Centrum Pomocy Assistance, z wyłączeniem sytuacji w których Ubezpieczony obiektywnie nie miał możliwości skontaktowania się z Centrum Pomocy Assistance z uwagi na stan zdrowia;
2. Kontakt Ubezpieczonego z Centrum Pomocy Assistance nie jest wymagany, jeżeli Ubezpieczony samodzielnie wybiera lekarza i pokrywa koszty tej wizyty nie przekraczające 500 €, w przypadku:
- a) pojedynczej wizyty stomatologicznej związanej z ostrym stanem bólowym lub zapalnym jednego zęba;
 - b) pojedynczej wizyty ambulatoryjnej.

Artykuł 15. Obowiązki Ubezpieczonego i osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.

1. Obowiązki Ubezpieczonego wynikające z postanowień niniejszego artykułu dotyczą także osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest, w miarę możliwości zapobiec zwiększeniu szkody i ograniczyć jej konsekwencje.
3. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach ubezpieczenia kosztów leczenia Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) pokryć koszty pojedynczej wizyty ambulatoryjnej/stomatologicznej i ubiegać się o ich zwrot na zasadach określonych w niniejszym artykule;
 - 2) niezwłocznie, przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie (za wyjątkiem przypadków określonych w art. 14 ust. 2) skontaktować się z Centrum Pomocy Assistance. Obowiązek ten nie dotyczy sytuacji, w których Ubezpieczony obiektywnie nie miał możliwości skontaktowania się z Centrum Pomocy Assistance z uwagi na jego stan zdrowia;
 - a) określić jakiej pomocy potrzebuje i w jakich okolicznościach i pod jakim adresem Ubezpieczony się znajduje;
 - b) podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń: numer pesel/ datę urodzenia, imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz numer karty;
 - c) dokładnie wyjaśnić okoliczności wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz datę i miejsce jego wystąpienia;
 - d) podać numer telefonu kontaktowego, pod którym Centrum Pomocy Assistance może skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą występującą w jego imieniu.
4. Ponadto, w przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) stosować się do wskazówek Centrum Pomocy Assistance i skutecznie z nim współdziałać, w zakresie w jakim jest to uzasadnione w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub rodzaju i zakresu świadczeń ubezpieczeniowych, wypełniając obowiązki wynikające z SWU po zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) upoważnić Centrum Pomocy Assistance w formie pisemnej pod rygorem nieważności, do zasięgnięcia informacji i opinii lekarzy prowadzących leczenie oraz innych osób lub urzędów w sprawach związanych ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym w przedmiocie dotyczącym postępowania o ustalenie świadczenia, w zakresie wymaganym przez przepisy prawa;
5. Jeżeli Ubezpieczony z przyczyn od siebie niezależnych, będących następstwem wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie mógł zwrócić się do Centrum Pomocy Assistance z prośbą o pomoc przed realizacją usług i uzyskać uprzedniej akceptacji kosztów tych usług, zobowiązany jest zrobić to bezzwłocznie po ustaniu tych przyczyn, nie później jednak niż w ciągu 7 dni od daty ich ustania.
6. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu ponieśli wydatki w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym zobowiązani są zgłosić wniosek o refundację kosztów pisemnie najpóźniej w ciągu 7 dni od daty zakończenia Podróży zagranicznej. Ubezpieczyciel refunduje koszty poniesione przez Ubezpieczonego z zastrzeżeniem zasad określonych w niniejszym artykule.
7. Zgłoszenie roszczenia o zwrot poniesionych kosztów w ramach uzasadnionego świadczenia leżącego w zakresie ubezpieczenia, powinno zawierać:
 - 1) dane Ubezpieczonego oraz Karty;
 - 2) opis okoliczności zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) dokumentację medyczną – opisującą rodzaj i charakter obrażeń lub objawów, zawierające dokładną diagnozę oraz zaordynowane leczenie;
 - 4) raport policji lub protokół sporządzony przez inną instytucję, w przypadku zdarzeń, których dotyczyła interwencja danych organów;
 - 5) rachunki i dowody ich zapłaty;
 - 6) dokumenty wskazujące przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia, które umożliwią Ubezpieczycielowi określenie łącznych kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego.

Część B) Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków

Artykuł 16. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków

1. Przedmiotem Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w przypadku Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków jest Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, do którego doszło podczas Podróży.
3. Ubezpieczyciel zapewnia wypłatę świadczeń związanych ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym w postaci:
 - 1) świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, pod warunkiem iż nastąpi ona w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku, w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia dla Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków właściwej dla danego Ubezpieczonego, wskazanej w Tabeli świadczeń i limitów;
 - 2) świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu bądź Trwałej niezdolności do pracy w wysokości określonej stosownym procentem wyliczonym od Sumy ubezpieczenia dla Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków wskazanej w Tabeli świadczeń i limitów, w oparciu o Tabelę NNW, o której mowa w art. 17 ust. 12.

Artykuł 17. Sposób ustalania świadczeń w Ubezpieczeniu następstw Nieszczęśliwych wypadków

1. Dla ustalenia zasadności świadczenia z tytułu Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków konieczne jest ustalenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem, a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, Trwałą niezdolnością do pracy lub śmiercią Ubezpieczonego. Nie uznaje się związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem, a śmiercią Ubezpieczonego po upływie 12 miesięcy między danym wypadkiem, a zgonem.
2. Za Trwały uszczerbek na zdrowiu w rozumieniu niniejszych SWU uważa się wyłącznie te rodzaje uszczerbków, które zostały wymienione w Tabeli NNW, o których mowa w ust. 12 niniejszego artykułu. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu pod uwagę nie bierze się charakteru wykonywanej przez Ubezpieczonego pracy.
3. Po zakończeniu leczenia powypadkowego, rekonwalescencji i procedur rehabilitacyjnych ustalany jest stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu lub orzekana jest Trwała niezdolność do pracy, jednak najpóźniej w ciągu 24 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Orzeczony stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu lub stopień Trwałej niezdolności do pracy wyrażony jest procentowo zgodnie z Tabelą NNW i stanowi podstawę do wyliczenia wysokości świadczenia. Świadczenie wypłacane jest w wysokości odpowiadającej procentowi Sumy ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony faktycznie doznał uszczerbku, maksymalnie jednak do pełnej Sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczony doznał więcej niż jednego Trwałego uszczerbku na zdrowiu, bądź obok Trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeczono również Trwałą niezdolność do pracy, stopień łączny doznanych uszczerbków jest równy sumie wszystkich procentów ustalonych na poszczególne rodzaje doznanych uszczerbków, jednak maksymalnie do łącznej wartości 100%.
6. W przypadkach, gdy Ubezpieczony nie podjął dalszego zalecanego leczenia powypadkowego lub procedur rehabilitacyjnych zalecanych przez lekarza, wówczas stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się na poziomie, który zgodnie z powszechną wiedzą medyczną zostałyby osiągnięty po przeprowadzeniu w/w procedur leczniczych i rehabilitacyjnych.
7. W przypadkach, w których Trwały uszczerbek na zdrowiu polega na utracie lub uszkodzeniu organu, narządu bądź układu, którego funkcjonowanie było upośledzone już przed Nieszczęśliwym wypadkiem, wówczas stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę między procentem uszczerbku po Nieszczęśliwym wypadku, a procentem uszczerbku (upośledzenia) przed jego zajściem.
8. W przypadkach, gdy Ubezpieczony zmarł przed upływem 12 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku i wykazano związek przyczynowo-skutkowy między śmiercią, a tym wypadkiem, wówczas Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości pełnej Sumy ubezpieczenia.
9. Osoba, której przysługuje prawo do świadczeń na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest Uposażony. Chcąc skorzystać z powyższego uprawnienia Uposażony zobowiązany jest złożyć skrócony akt zgonu Ubezpieczonego, komplet dokumentów przewidzianych w niniejszych SWU dla danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
10. Jeśli sytuacja opisana w ustępie poprzedzającym wystąpiła w przypadku, gdzie Ubezpieczyciel wypłacił jeszcze przed śmiercią Ubezpieczonego świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, wówczas świadczenie z tytułu śmierci pomniejszane jest o uprzednio wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
11. W przypadkach, w których Ubezpieczony zmarł na skutek sytuacji nie związanej z Nieszczęśliwym wypadkiem leżącym w zakresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie został wcześniej orzeczony, wówczas Lekarz wskazany przez Ubezpieczyciela na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej określa stopień uszczerbku poniesionego w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem.
12. Tabela NNW:

Rodzaj uszczerbku	Procentowa podstawa do wyliczenia wysokości świadczenia
Trwała niezdolność do pracy	100% Sumy ubezpieczenia
Utrata:	
Obu rąk	
Obu stóp	100% Sumy ubezpieczenia

Wzroku w obu oczach	
Jednej ręki i jednej stopy	
Jednej ręki i wzroku w obu oczach	
Jednej ręki	
Jednej stopy	
Wzroku w jednym oku	50% Sumy ubezpieczenia

Artykuł 18. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 9 Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych pozostających w związku przyczynowo-skutkowym z/ze:
 - 1) leczeniem lub zabiegami medycznymi nie związanymi z Nieszczęśliwym wypadkiem oraz zdarzeniami nie będącymi następstwem Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) Kłeskami żywiołowymi;
 - 3) zdarzeniami związanymi z ciężą lub jej przerwaniami;
 - 4) leczeniem metodami nieuznanymi przez powszechną wiedzę medyczną, leczeniem metodami niekonwencjonalnymi;
 - 5) chorobami zawodowymi;
 - 6) złamaniami związanymi z wrodzoną łamliwością kości, zaburzeniami metabolicznymi lub patologicznymi skręceniami oraz w wyniku złamań zmęczeniowych i zwicnięć na skutek wad i zaburzeń wrodzonych;
 - 7) sytuacjami, w których Nieszczęśliwy wypadek był spowodowany przez zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS);
 - 8) udarami sercowo-naczyniowymi i następstwami Nieszczęśliwego wypadku, do którego doszło w wyniku udaru sercowo-naczyniowego;
 - 9) następstwami chorób i zaburzeń neurologicznych i psychicznych oraz związanych z nimi dolegliwościami lub utraty przytomności;
 - 10) zaburzeniami ruchu lub urazami kręgosłupa, łącznie z wypadnięciem krążka międzykręgowego, jeżeli nie powstaną wskutek działania mechanicznego z zewnątrz i jest to jednocześnie przypadek pogorszenia objawów choroby, która istniała już przed wystąpieniem Nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) pogorszeniem następstw Nieszczęśliwego wypadku z powodu umyślnego lub świadomego niezgłoszenia się przez Ubezpieczonego do lekarza w celu uzyskania opieki medycznej lub świadomego nieprzestrzegania zaleceń lekarskich.

Artykuł 19. Obowiązki Ubezpieczonego i osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.

1. Obowiązki Ubezpieczonego wynikające z postanowień niniejszego artykułu dotyczą także osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest, w miarę możliwości zapobiec zwiększeniu szkody i ograniczyć jej konsekwencje.
3. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie zgłosić się po pomoc medyczną, poddać się opiece lekarskiej i stosować do zaleceń lekarskich w celu złagodzenia skutków Nieszczęśliwego wypadku
 - 2) zebrać wszelkie dokumenty dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego niezbędne dla ustalenia zasadności roszczenia – pełną dokumentację medyczną, raport lekarski wraz z diagnozą i ewentualne raporty stosownych służb (np. notatka policyjna) lub instytucji (np. protokół BHP przy wypadku przy pracy);
 - 3) zgłosić pisemnie do Ubezpieczyciela zaistniałą szkodę poprzez przesłanie zgłoszenia zawierającego:
 - a) dane Ubezpieczonego i Karty;
 - b) opis okoliczności zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz datę i miejsce jego wystąpienia;
 - c) dokumentację medyczną opisującą rodzaj i charakter obrażeń, zawierającą dokładną diagnozę oraz zaordynowane leczenie;
 - 4) upoważnić Centrum Pomocy Assistance w formie pisemnej pod rygorem nieważności, do zasięgnięcia informacji i opinii lekarzy prowadzących leczenie oraz innych osób lub urzędów w sprawach związanych ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym w przedmiocie dotyczącym postępowania o ustalenie świadczenia, w zakresie wymaganym przez przepisy prawa;
 - 5) na żądanie Ubezpieczyciela, poddać się badaniom lekarskim w przedmiocie ustalenia stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu. Koszt w/w badań ponosi Ubezpieczyciel.

Część C) Assistance podróży

Artykuł 20. Przedmiot i zakres Assistance podróznego

1. Przedmiotem Assistance podróznego są:
 - 1) usługi informacyjne w zakresie:
 - a) przygotowania się do Podróży, tj.: aktualnych wymogów wizowych i wjazdowych obowiązujących w danym kraju z zastrzeżeniem, iż w przypadku posiadania przez Klienta paszportu kraju innego niż Rzeczpospolita Polska możliwa będzie konieczność skierowania Ubezpieczonego do ambasady lub konsulatu danego kraju w celu uzyskania stosownych informacji;
 - b) aktualnie wymaganych szczepień w danym kraju oraz bieżących ostrzeżeń Światowej Organizacji Zdrowia;
 - c) cel i przepisów celnych;
 - d) kursów wymiany walut oraz stawek VAT;
 - e) danych kontaktowych ambasad lub konsulatów;

- f) prognoz pogody w danym kraju;
 - g) języków używanych w miejscu będącym celem podróży;
 - h) stref czasowych i różnic czasu;
- 2) usługi organizacyjne w zakresie:
- a) przekazania pilnej wiadomości osobie wskazanej przez Ubezpieczonego;
 - b) zlokalizowania bagażu Ubezpieczonego zagubionego przez przewoźnika, a w przypadku odzyskania bagażu zorganizowania jego wysyłki do miejsca pobytu Ubezpieczonego poza krajem jego stałego zamieszkania; z zastrzeżeniem, iż koszty dostarczenia bagażu pokrywa Ubezpieczony (nie ma to wpływu na prawo dochodzenia przez Ubezpieczonego roszczeń wobec przewoźnika i/lub biura podróży odpowiedzialnych za zagubienie bagażu);
 - c) udzielenia Ubezpieczonemu informacji i pomocy w uzyskaniu dokumentów zastępczych niezbędnych w podróży (paszport, wiza wjazdowa lub bilety lotnicze), w przypadku ich utraty. Koszty wydania nowych dokumentów pokrywa Ubezpieczony;
 - d) zaaranżowania wysyłki zastępczych przedmiotów osobistego użytku i leków należących do Ubezpieczonego istotnych dla kontynuacji podróży (np. soczewki kontaktowe i okulary). Usługa jest realizowana pod warunkiem, że takie przedmioty zastępcze zostaną udostępnione przedstawicielowi Centrum Pomocy Assistance w miejscu ich przechowywania lub dostarczone do siedziby Centrum Pomocy Assistance wskazanej Klientowi lub jego przedstawicielowi;
 - e) udzielenia Ubezpieczonemu wsparcia finansowego w postaci zagwarantowania płatności w nagłych przypadkach, jeżeli do danej płatności nie można wykorzystać Karty, ze względu na jej utratę bądź kradzież, należyćie zgłoszoną lokalnej policji. Każda utrata Karty musi zostać zgłoszona do Ubezpieczającego. Centrum Pomocy Assistance zapewnia wsparcie finansowe do równowartości kwoty 4 000 €, nie więcej jednak niż do wysokości kwoty posiadanej na rachunku utraconej Karty. Ubezpieczony jest zobowiązany do zwrócenia Centrum Pomocy Assistance równowartości kwoty mu udostępnionej w ramach niniejszej usługi wsparcia finansowego niezwłocznie po powrocie do Kraju stałego zamieszkania, jednak maksymalnie do 3 miesięcy od dnia dokonania zapłaty środków przez Centrum Pomocy Assistance;
 - f) monitorowania stanu zdrowia i stałego przekazywania informacji Ubezpieczonemu, w przypadku hospitalizacji krewnej, współpracownika lub przyjaciela Ubezpieczonego przebywającego w Kraju stałego zamieszkania Ubezpieczonego. Usługa jest realizowana pod warunkiem wyrażenia zgody przez hospitalizowanego na dostęp Centrum Pomocy Assistance do informacji o jego stanie zdrowia;
 - g) organizacji wysyłki kwiatów do dowolnego kraju na świecicie lub zakupu biletów na wydarzenia kulturalne/sportowe, o ile są one dostępne w powszechnej sprzedaży; koszty dostarczenia i zakupu danych kwiatów bądź biletów pokrywa Ubezpieczony.
2. Świadczenia dostępne dla Ubezpieczonego w ramach Assistance podróżnego realizowane są na jego telefoniczny wniosek złożony do Centrum Pomocy Assistance.

Część D) Assistance prawny

Artykuł 21. Przedmiot i zakres Assistance prawnego

1. Assistance Prawny zapewnia ochronę uzasadnionych interesów prawnych Ubezpieczonego w przypadkach i na warunkach ustalonych w niniejszym artykule.
 2. Interes prawny uważa się za uzasadniony, jeżeli:
 - 1) istnieje szansa korzystnego dla Ubezpieczonego rozstrzygnięcia sprawy;
 - 2) ochrona interesów prawnych Ubezpieczonego nie jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego i dobrymi obyczajami;
 - 3) koszty ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego nie pozostają w rażącej dysproporcji do zamierzonego celu (tzn. opłaty wymagane przepisami powszechnie obowiązującego prawa celem ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego oraz koszty zastępstwa procesowego nie przekraczają 40% wysokości roszczenia majątkowego);
 - 4) wartość przedmiotu sporu przekracza równowartość 300 €.
 3. Centrum Pomocy Assistance organizuje pomoc prawną na wniosek Ubezpieczonego w przypadku wdnania się przez niego w spór cywilny o odszkodowanie lub zadośćuczynienie w przypadku naruszenia prawa lub obowiązków prawnych przez/wobec Ubezpieczonego podczas jego Podróży zagranicznej.
 4. Organizowana przez Centrum Pomocy Assistance pomoc prawna to podjęcie działań celem ochrony uzasadnionych interesów prawnych Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów, w ramach usług realizowanych na rzecz Ubezpieczonego za pośrednictwem Centrum Pomocy Assistance, w tym:
 - 1) doradztwo prawne i przedstawienie scenariusza następnie podejmowanych działań;
 - 2) tłumaczenie dokumentów, sporządzenie opinii biegłego lub rzeczoznawcy;
 - 3) podejmowanie działań na etapie przedsądowym, w tym działania w ramach postępowania pojednawczego i mediacyjnego;
 - 4) podejmowanie działań w ramach postępowania sądowego przed sądami wszystkich instancji.
5. W ramach organizacji pomocy prawnej, w sytuacjach wymagających udziału zewnętrznego usługodawcy, Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pełnomocnictwa usługodawcy, umożliwiające podejmowanie działań zmierzających do ochrony jego interesów prawnych.
 6. Ubezpieczyciel pokrywa następujące koszty, opłaty i wydatki:
 - 1) wynagrodzenie usługodawcy z tytułu analizy lub opiniowania sytuacji prawnej w jakiej znalazł się Ubezpieczony;
 - 2) wynagrodzenie usługodawcy z tytułu reprezentacji/zastępstwa procesowego Ubezpieczonego w postępowaniu cywilnym;
 - 3) wynagrodzenie usługodawcy z tytułu tłumaczenia dokumentacji, opinii biegłego lub rzeczoznawcy, niezbędnej dla realizacji celów ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego.
 7. Centrum Pomocy Assistance pokrywa koszty usług pomocy prawnej maksymalnie do równowartości 3 000 € na rok i w odniesieniu do jednego z tego samego sporu.
 8. W ramach Assistance Prawnego Centrum Pomocy Assistance na wniosek Ubezpieczonego udziela mu wsparcia finansowego poprzez zagwarantowanie płatności w przypadkach nałożenia na Ubezpieczonego kar finansowych w postaci grzywn, kaucji lub odszkodowań. Centrum Pomocy Assistance zapewnia wsparcie finansowe maksymalnie do równowartości kwoty 20 000 €. Ubezpieczony jest zobowiązany do zwrócenia Centrum Pomocy Assistance równowartości kwoty udzielonego wsparcia finansowego niezwłocznie po powrocie do Kraju stałego zamieszkania, jednak maksymalnie do 3 miesięcy od dnia przedpłaty lub daty gwarancji udzielonej przez Centrum Pomocy Assistance.

Artykuł 22. Szczególne zasady realizacji usług Assistance prawnego

1. Poza postanowieniami artykułu 21 świadczenia realizowane w ramach Assistance Prawnego poprzedzone są dokonaniem oceny sytuacji prawnej każdego zgłoszonego wniosku Ubezpieczonego. Ocena sytuacji prawnej dokonywana jest na podstawie złożonego zgłoszenia i udostępnionych dokumentów. Centrum Pomocy Assistance zastrzega sobie prawo do odmowy zrealizowania usługi, jeżeli w wyniku powyższej oceny sytuacji prawnej uzna, iż:
 - 1) roszczenie nie jest oczywiście bezzasadne lub roszczenie przeciwnika Ubezpieczonego nie jest oczywiście zasadne;
 - 2) ochrona interesów prawnych Ubezpieczonego nie jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego i dobrymi obyczajami;
 - 3) opłaty wymagane przepisami powszechnie obowiązującego prawa celem ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego oraz koszty zastępstwa procesowego przekraczają 40% wysokości roszczenia majątkowego lub wartość przedmiotu sporu nie przekroczyła równowartości 300 € (w przeliczeniu wg kursu NBP na dzień złożenia wniosku przez Ubezpieczonego).
2. Decyzję wraz z jej uzasadnieniem w zakresie niepodjęcia się realizacji usługi, będącą następstwem analizy sytuacji prawnej w rozumieniu ust. 1 powyżej, Centrum Pomocy Assistance przekazuje Ubezpieczonemu w formie pisemnej bez zbędnej zwłoki.
3. Po dokonaniu oceny sytuacji prawnej i stwierdzeniu braku zaistnienia przesłanek wymienionych w ust. 1. pkt 1)–3) niniejszej sekcji, Centrum Pomocy Assistance przedstawi Ubezpieczonemu najkorzystniejszą z punktu widzenia powyższej oceny drogę ochrony jego prawnych interesów, w tym zaproponuje usługodawcę mogącego podjąć się realizacji usługi, z zastrzeżeniem, iż w ramach świadczenia: Assistance Prawny Ubezpieczonemu przysługuje niezależne prawo swobodnego wyboru Usługodawcy w zakresie obrony i reprezentowania jego interesów prawnych.
4. Usługodawca świadczy pomoc prawną na zlecenie Ubezpieczonego i w stosunku do niego ponosi wyłączną odpowiedzialność za wykonanie zlecenia.
5. Wynagrodzenie usługodawcy z tytułu analizy i/lub opiniowania sytuacji prawnej w jakiej znalazł się Ubezpieczony, bądź reprezentacji/zastępstwa procesowego Ubezpieczonego ustala się na podstawie odpowiednich przepisów regulujących wysokość wynagrodzenia za czynności adwokata lub radcy prawnego w wysokości stawki minimalnej, a w razie braku takich przepisów stosuje się lokalne ceny rynkowe ustalone z danym usługodawcą.
6. Wynagrodzenie usługodawcy z tytułu tłumaczenia dokumentacji niezbędnej dla realizacji celów ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego, opinii biegłego lub rzeczoznawcy określa się na podstawie wysokości średnich cen rynkowych z danego typu usługę.
7. Koszty postępowania przed sądami powszechnymi ustala się na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa i opłaca się do wysokości sumy ubezpieczenia.