SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PODRÓŻY
dla Posiadaczy karty kredytowej WORLD ELITE MASTERCARD ALIOR BANK

	RODZAJ INFORMACJI	POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA ALIOR BANK WORLD ELITE MASTERCARD
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Art. 2 ust. 39; Art. 3 ust. 1-3; Art. 6 ust. 1-3; Art. 12 i 13; Art. 14 i 15; Art. 18; Art. 19 i 20; Art. 22 i 24; Art. 25 i 28; Art. 28; Art. 31; Art. 32; Art. 36; Art. 37; Art. 39; Art. 40; Art. 43; Art. 45
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 3 ust. 4; Art. 6 ust. 4; Art. 7 ust. 2-8; Art. 8; Art. 16 i 17; Art. 21; Art. 23; Art. 26 i 27; Art. 29; Art. 30; Art. 33-35; Art. 38; Art. 41 i 42; Art. 44; Art. 46 Tabela świadczeń i limitów

TABELA ŚWIADCZEŃ I LIMITÓW	
W przypadku braku innej informacji kwoty wszystkich świadczeń są podane w przeliczeniu na jednego **Ubezpieczonego** i jedną **Podróż**	
Część A - Assistance Podróżny	
Informacja dotycząca podróży	Brak limitu
Część B - Assistance Podróżny	
Pomoc medyczna	Brak limitu
Limit na świadczenie „Zaliczka gotówkowa”	8 000 euro
Limit na świadczenie „Wpłata kaucji”	30 000 euro
Pomoc w przypadku utraty lub kradzieży dokumentów	Brak limitu
Przekazywanie wiadomości	Brak limitu
Pomoc w przypadku utraty bagażu	Brak limitu
Część C – Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu	
Suma ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	7 500 euro
Część D – Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu	
Suma ubezpieczenia w przeliczeniu na jednego Ubezpieczonego	350 euro
Suma ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	750 euro
Część E – Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego	
Suma ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	1 500 euro
Limit (dla opóźnień powyżej 4 godzin) dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	500 euro
Limit dodatkowy (dla opóźnień powyżej 48 godzin) dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	1 000 euro
Część F – Ubezpieczenie kosztów leczenia	
Suma ubezpieczenia na pokrycie kosztów opieki medycznej i repatriacji	100 000 euro
Limit na leczenie stomatologiczne	750 euro
Limit na świadczenie „Przedłużający się pobyt osoby objętej ochroną/osoby towarzyszącej”	200 euro dziennie przez nie więcej niż 10 dni w klasie ekonomicznej
Limit na świadczenie „Podróż Osoby bliskiej w przypadku hospitalizacji”	150 euro dziennie przez nie więcej niż 10 dni i przelot w klasie ekonomicznej
Limit na świadczenie „Powrót dzieci do domu”	150 euro dziennie przez nie więcej niż 3 dni i przelot w klasie ekonomicznej
Limit na koszty pogrzebu i transport powrotny zwłok	4 500 euro
Część G – Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji	
Suma ubezpieczenia na świadczenie z tytułu Hospitalizacji	2 250 euro
Limit na świadczenie za każdy dzień, nie więcej niż 30 dni	75 euro
Część H – Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków	
Suma ubezpieczenia dla następstw Nieszczęśliwych wypadków	500 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu (Ubezpieczony poniżej 71 roku życia)	500 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci (Ubezpieczony w wieku 18 – 70 lat)	500 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci (Ubezpieczony, który nie ukończył 18 roku życia lub w wieku 71 lat lub starszy)	10 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu (Ubezpieczony w wieku 71 lat lub starszy)	10 000 euro
Suma ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	350 000 euro
Część I – Ubezpieczenie gotówki wypłaconej w bankomacie	
Suma ubezpieczenia na rok kalendarzowy	1 000 euro
Część J – Ubezpieczenie utraty zakupów	
Suma ubezpieczenia na rok kalendarzowy	20 000 euro
Limit na jedno zdarzenie	5 000 euro
Franszyza integralna	100 euro
Część K – Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny	
Suma ubezpieczenia na rok kalendarzowy i na jedno zdarzenie	1 000 euro
Minimalna kwota zakupu	50 euro
Część L – Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych	
Suma ubezpieczenia na rok kalendarzowy i na jedno zdarzenie	500 euro

POSTANOWIENIA WSPÓLNE

Artykuł 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Podróży, zwane dalej SWU, mają zastosowanie do grupowej Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli działającą w Polsce poprzez Inter Partner Assistance Oddział w Polsce z siedzibą przy ul. Giełdowej 1, 01-211 w Warszawie, wchodzącą w skład grupy AXA, zwaną dalej Ubezpieczycielem, a Alior Bank S.A., zwanym dalej Ubezpieczającym.
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 wchodzą w życie z dniem 01.07.2024.

Artykuł 2. Definicje pojęć

Pojęciom użytym w niniejszych OWU 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 realizowane są 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 Ubezpieczonemu usług assistance określonych w niniejszych OWU 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 Ubezpieczonego, które charakteryzują się długotrwałym przebiegiem, oraz które były zdiagnozowane, leczone lub dawały objawy w okresie 24 miesięcy poprzedzających datę zawarcia 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. Dokumenty osobiste - należące do Ubezpieczonego: paszport, dowód tożsamości, prawo jazdy oraz dowody rejestracyjne samochodów.
7. Franszyza integralna - określona w niniejszych SWU, wyrażona w pieniądzu wartość szkody, poniżej której brak jest odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
8. Hospitalizacja – leczenie szpitalne wiążące się z koniecznością pobytu w Szpitalu prze okres obejmujący co najmniej jedną noc.
9. Karta – karta kredytową Mastercard World Elite Alior Bank.
10. Klient – będący osobą fizyczną Ubezpieczony, Uposażony lub uprawiony z umowy ubezpieczenia.
11. Klęska żywiołowa - niszczycielskie działanie sił natury obejmujące rozległe obszary terytorialne: pożar, wybuch, uderzenie pioruna, wichura, Grad, Deszcz nawalny, Huragan, Powódź, zalanie, Lawina, obsunięcie się terenu, aktywność wulkaniczna, trzęsienie ziemi.
12. Kradzież – zabór rzeczy stanowiącej własność Ubezpieczonego w celu przywłaszczenia przez osobę trzecią.
13. Kradzież z włamaniem – usiłowanie lub dokonanie zaboru rzeczy należącej do Ubezpieczonego przez osobę trzecią, poprzez włamanie, czyli przedostanie się do zamkniętych pomieszczeń przy użyciu wybiegu, poprzez niedozwolone złamanie zabezpieczeń lub poprzez pokonanie innej przeszkody zabezpieczającej przy użyciu siły.
14. Kraj stałego zamieszkania - kraj, w którym Ubezpieczony zamieszkuje przez okres co najmniej jednego roku bezpośrednio poprzedzającego zawarcie umowy ubezpieczenia 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.
15. Koszty Podróży – koszty, do pokrycia których zobowiązany jest Posiadacz 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 Podróży; przy czym musi nastąpić obciążenie Karty kosztami noclegu (rezerwacja pobytu poprzez podanie numeru Karty nie jest jednoznaczna z dokonaniem płatności);
4) zatankowania samochodu, którym Posiadacz karty udaje się w Podróż, przy czym tankowanie musi się odbyć na terytorium Polski maksymalnie w ciągu 12 godzin poprzedzających przekroczenie granicy Polski; dodatkowo wymagane jest udokumentowanie pobytu poza granicami Polski w postaci potwierdzenia wypłaty gotówki w bankomacie lub innej transakcji bezgotówkowej dokonanej Kartą w ciągu 24 godzin od daty dokonania płatności za paliwo;
5) wynajmu samochodu poza granicami Polski.
16. Miejsce zamieszkania - znajdujący się na terytorium Kraju stałego zamieszkania lokal mieszkalny lub budynek mieszkalny jednorodzinny, w którym Ubezpieczony na stałe przebywa.
17. Nagłe zachorowanie - nagłe zaburzenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w Okresie ubezpieczenia, 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 zaburzenia stanu zdrowia, którego objawy występowały przed początkiem Okresu ubezpieczenia, nawet w przypadku, kiedy nie było badane przez lekarza ani leczone.
18. Nieszczęśliwy wypadek - niespodziewane i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie, którego Ubezpieczony, niezależne od swojej woli doznał rozstroju zdrowia, fizycznych obrażeń lub zmarł.
19. Okres ubezpieczenia - okres liczony od dnia następnego po dniu złożenia oświadczeń dot. przystąpienia przez Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, do momentu rezygnacji z ochrony, rozwiązania umowy ubezpieczenia lub zamknięcia rachunku Karty.
20. Osoba bliska - osoba pozostająca z Ubezpieczonym w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego we wspólnym gospodarstwie, która nie są jednocześnie Współubezpieczonym, będąca dla Ubezpieczonego:
    1) małżonkiem lub partnerem życiowym,
    2) dzieckiem, pasierbem, dzieckiem przysposobionym lub przyjętym na wychowanie,
    3) rodzicem, przysposabiającym, teściem, teściową, ojczymem, macochą,
    4) dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową.
21. Podróż - czasowa zmiana miejsca pobytu Ubezpieczonego, obejmująca dojazd, pobyt poza Miejscem zamieszkania oraz powrót do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, trwająca łącznie nie dłużej niż 60 kolejnych dni, której Koszty zostały opłacone Kartą. W ramach ubezpieczenia kosztów rezygnacji Podróże odbywane wyłącznie na terenie Kraju stałego zamieszkania chronione są w przypadku rezerwacji przez Ubezpieczonego zakwaterowania, przez co najmniej 3 dni (2 noce) w hotelu, motelu, na kempingu, w pensjonacie, domku letniskowym lub innym podobnym obiekcie wynajmowanym za opłatą.
22. Powódź - zalanie terenu wywołane przez wezbranie wody w ciekach naturalnych, zbiornikach wodnych, kanałach lub od strony morza.
23. 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,; w przypadku, gdy praca Ubezpieczonego ma charakter Pracy fizycznej i jednocześnie Pracy umysłowej, przyjmuje się, że Ubezpieczony wykonuje Pracę fizyczną.
24. Praca umysłowa - wykonywanie lub podjęcie przez Ubezpieczonego pracy biurowej (tj. niezwiązanej z Pracą fizyczną), rozumianej jako praca niewymagająca dużego nakładu siły, opierająca się na intelekcie i rozumowaniu, w tym również w ramach uczestnictwa w konferencjach i szkoleniach teoretycznych, której efekt jest niematerialny, powstający w procesie zbierania i przetwarzania informacji.
25. Rabunek - użycie przemocy lub groźba bezpośredniego użycia przemocy przez osobę trzecią (napastnika) w stosunku do Ubezpieczonego w celu przywłaszczenia sobie mienia należącego do Ubezpieczonego.
26. Reklamacja – wystąpienie Klienta skierowane do Ubezpieczyciela, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
27. Sprzęt sportowy - sprzęt i wyposażenie standardowo używane do celów sportowych.
28. Suma ubezpieczenia – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela za szkody powstałe w Okresie ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia dla poszczególnych wariantów została wskazana w Tabeli świadczeń i limitów.
29. Szkoda:
    1) szkoda osobowa (Inna szkoda) - szkoda powstała wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, z wyłączeniem utraconych korzyści poszkodowanego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
    2) szkoda rzeczowa - szkoda powstała wskutek utraty, zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy, z wyłączeniem utraconych korzyści poszkodowanego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie nastąpiła utrata, zniszczenie lub uszkodzenie rzeczy.
30. Szpital - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w postaci wykonywanych całodobowo kompleksowych świadczeń zdrowotnych polegających na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji. Definicja Szpitala nie obejmuje ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków opieki społecznej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych i wypoczynkowych.
31. 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.
32. Trwały uszczerbek na zdrowiu – powstałe w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata

zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu, nierokujące poprawy.

33. Ubezpieczający – Alior Bank S.A., który zawarł z Ubezpieczycielem grupową umowę ubezpieczenia.

34. Ubezpieczony (Posiadacz karty) – osoba fizyczna, która zawarła z Alior Bank S.A. umowę o rachunek Karty i która dysponuje w/w kartą.

35. Uposażony - osoba (lub osoby) wskazana imiennie przez Ubezpieczonego na piśmie, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonego podczas przystępowania do umowy ubezpieczenia, a także w każdym czasie jej obowiązywania. Ubezpieczony może zmienić Uposażonego w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Zmiana obowiązywać będzie od dnia następnego po otrzymaniu takiej informacji przez Ubezpieczyciela. W sytuacji, gdy suma procentowych udziałów Uposażonych nie jest równa 100, uważa się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wymienionych ze wskazania Ubezpieczonego. W przypadku nie wyznaczenia Uposażonego przez Ubezpieczonego, stosuje się przepisy art. 6 ust. 3 niniejszych SWU.

36. Współubezpieczony – osoba fizyczna, objęta ochroną ubezpieczeniową:
1) małżonek lub partner życiowy Posiadacza Karty;
2) dzieci Posiadacza Karty, które nie ukończyły 21 roku życia i pozostają na jego utrzymaniu.

Współubezpieczeni są uprawnieni do świadczeń w przypadku Podróży odbywanej niezależnie od siebie i niezależnie od Ubezpieczonego z wyjątkiem:
a) Części C: Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu;
b) Części D: Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu;
c) Części E: Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego.

W przypadku powyższych ryzyk wymagana jest wspólna Podróż wszystkich – Ubezpieczonego oraz Współubezpieczonych - w ramach jednej Podróży, do tego samego miejsca przeznaczenia co Posiadacz karty.

Wszelkie zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej i realizacji świadczeń wskazane w niniejszym SWU w stosunku do Ubezpieczonego mają zastosowanie do Współubezpieczonych.

37. 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, bezzwłocznego leczenia.

38. Zdarzenie losowe - niedające się przewidzieć zdarzenie, niezależne od woli Ubezpieczonego; na potrzeby niniejszych SWU za Zdarzenie losowe uważa się: włamanie do Miejsca zamieszkania, pożar lub zalanie Miejsca zamieszkania, zniszczenie Miejsca zamieszkania w wyniku Klęski żywiołowej.

39. 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 Podróży

1. Ubezpieczenie zapewnia Ubezpieczonym 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 i B: Assistance podróżny;
   2) Część C: Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu;
   3) Część D: Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu;
   4) Część E: Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego;
   5) Część F: Ubezpieczenie kosztów leczenia;
   6) Część G: Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji;
   7) Część H: Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków;
   8) Część I: Ubezpieczenie gotówki wypłaconej w bankomacie;
   9) Część J: Ubezpieczenie utraty zakupów;
   10) Część K: Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny;
   11) Część L: Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszych SWU obejmuje zdarzenia będące normalnym następstwem Amatorskiego uprawiania sportów. Zakres ochrony świadczony jest zgodnie z poniższą tabelą i obejmuje następujące rodzaje zwykłej, wypoczynkowej aktywności sportowej oraz sporty uprawiane na poziomie rekreacyjnym:

Dyscyplina	**Ochrona w ramach Części F: Ubezpieczenie kosztów leczenia**	**Ochrona w ramach Części H: Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków**
Biegi górskie	TAK	NIE
Gry wojenne (ASG oraz rekonstrukcje bitew)	TAK	NIE
Jazda gokartem	TAK	NIE
Jazda konna	TAK	NIE
Jazda na krótkich nartach (snowblading)	TAK	NIE
Jazda na nartach na lodowcu	TAK	NIE
Jazda na skuterze śnieżnym	TAK	NIE
Jazda skuterem wodnym	TAK	NIE
Strzelanie do rzutków	TAK	NIE
Kolarstwo górskie na nawierzchni asfaltowej	TAK	NIE
Lot balonem na gorące powietrze	TAK	NIE
Łucznictwo	TAK	NIE
Narciarstwo biegowe	TAK	NIE
Narciarstwo wodne	TAK	NIE
Paintball	TAK	NIE
Pływanie jachtem (w odległości powyżej 20 mil morskich od brzegu)	TAK	NIE
Przełajowa jazda konna	TAK	NIE
Saneczkarstwo	TAK	NIE
Szermierka	TAK	NIE
Zjazd na linie	TAK	NIE
Żeglarstwo (w odległości powyżej 20 mil morskich od brzegu)	TAK	NIE
Badminton	TAK	TAK
Baseball	TAK	TAK
Biegi na orientację	TAK	TAK
Golf	TAK	TAK
Hokej	TAK	TAK
Jazda na łyżworolkach	TAK	TAK
Jazda na nartach wodnych	TAK	TAK
Jazda na słoniu	TAK	NIE
Jazda na snowboardzie (na wyznaczonej trasie lub poza wyznaczoną trasą z przewodnikiem)	TAK	TAK

Jazda na wielbłądzie	TAK	TAK
Jazda przełajowa na kucykach	TAK	TAK
Kajakarstwo (do stopnia/klasy 3.)	TAK	NIE
Kitesurfing	TAK	TAK
Kolarstwo szosowe	TAK	TAK
Koszykówka	TAK	TAK
Kręgle	TAK	TAK
Krykiet	TAK	TAK
Łyżwiarstwo (na oficjalnych lodowiskach)	TAK	TAK
Monoskiing (jazda figurowa na jednej narcie)	TAK	TAK
Narciarstwo (na wyznaczonej trasie lub poza wyznaczoną trasą z przewodnikiem)	TAK	TAK
Netball	TAK	TAK
Nurkowanie (bez uprawnień i powyżej 18 metrów)	TAK	TAK
Nurkowanie (z uprawnieniami i powyżej 40 metrów	TAK	TAK
Palant	TAK	TAK
Piłka nożna	TAK	TAK
Piłka ręczna	TAK	TAK
Piłka wodna	TAK	TAK
Pływanie jachtem (w odległości do 20 mil morskich od brzegu)	TAK	TAK
Racquetball	TAK	TAK
Siatkówka	TAK	TAK
Skoki z trampoliny	TAK	TAK
Squash	TAK	TAK
Surfing	TAK	TAK
Tenis	TAK	TAK
Tenis stołowy	TAK	TAK
Trekking (do 4000 metrów bez użycia sprzętu wspinaczkowego)	TAK	TAK
Turystyka na nartach	TAK	NIE
Wędkarstwo	TAK	TAK
Wędrówki przy użyciu rakiet śnieżnych	TAK	TAK
Windsurfing	TAK	TAK
Zorbing	TAK	TAK
Żeglarstwo (w odległości do 20 mil morskich od brzegu)	TAK	TAK

Artykuł 4. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczony przystępuje do umowy ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji lub oświadczeń związanych z ubezpieczeńiem za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczony przystępuje do umowy ubezpieczenia na Okres ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie, ze skutkiem na dzień następny po dniu złożenia oświadczenia w tym przedmiocie.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać Ubezpieczonemu SWU oraz zapoznać go z treścią umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczy ona jego praw i obowiązków.
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 umową ubezpieczenia.

Artykuł 6. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej i prawo do świadczeń

1. Ochrona ubezpieczeniowa oraz prawo do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia:
   1) dla Części A i B: Assistance podróżny oraz Części C: w zakresie Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z udziału w Podróży rozpoczyna się w dniu opłacenia Podróży Kartą, a kończy się w momencie rozpoczęcia Podróży poprzez odjazd/odlot pierwszym środkiem transportu lub wraz z godziną odlotu/odjazdu wskazaną na bilecie na środek transportu;
   2) dla Części C: w zakresie Ubezpieczenia kosztów wcześniejszego powrotu z Podróży, rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem Podróży poprzez odjazd/ odlot pierwszym środkiem transportu, zaś kończy się w przeddzień zakończenia danej Podróży, najpóźniej jednak o godzinie 24: 00 w przeddzień 60-ątego dnia Podróży;
   3) dla Części D: Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu, Części E: Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego, Części H: Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków, 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-tym dniu Podróży;
   4) dla Części F: Ubezpieczenie kosztów leczenia, Części G: Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji, Części I: Ubezpieczenie gotówki wypłaconej w bankomacie, rozpoczyna się od momentu przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy RP, bądź granicy jego Kraju stałego zamieszkania przy wyjeździe, a kończy się w chwili przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy RP, bądź granicy jego Kraju stałego zamieszkania przy powrocie, najpóźniej jednak o godzinie 24: 00 w 60-tym dniu Podróży;
   5) dla Części J: Ubezpieczenie utraty zakupów rozpoczyna się w chwili dokonania zakupu danego przedmiotu przy użyciu Karty i kończy się po upływie 90 dni licząc od dnia zakupu;
   6) dla Części L: Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy o Kartę, a kończy się z upływem jej okresu ważności;
   7) dla Części K: Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny - rozpoczyna się w chwili dokonania zakupu danego przedmiotu przy użyciu Karty i kończy się po upływie 30 dni licząc od dnia zakupu.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na Okres ubezpieczenia, w ramach którego świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa zgodnie z postanowieniami ust. 1 niniejszego artykułu. Ochrona ubezpieczeniowa ulega jednak automatycznemu wydłużeniu o czas niezbędny do powrotu do Miejsca zamieszkania, w przypadku braku możliwości powrotu Ubezpieczonego z Podróży w pierwotnie planowanym terminie, z przyczyn objętych niniejszymi SWU.
   W sytuacjach przedłużania się Podróży z powodu 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 ubezpieczenia, jest udokumentowanie zaistnienia w/w zdarzeń.
3. Osobą, 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. W przypadkach, gdy Uposażony nie został wyznaczony, bądź jedyny wyznaczony Uposażony nie żył w dniu śmierci Ubezpieczonego, prawo odbioru świadczenia przysługuje Osobom bliskim będącym spadkobiercami Ubezpieczonego, które przedstawią postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku, wg poniższej kolejności:
   1) małżonkowi;
   2) dzieciom w częściach równych (w przypadku braku małżonka);

3) rodzicom w częściach równych (w przypadku braku małżonka i dzieci);
4) rodzeństwu w częściach równych (w przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców);
5) dalszym spadkobiercom ustawowym (w przypadku braku małżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa).

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;
2) z dniem rozwiązania grupowej umowy ubezpieczenia przed upłynięciem 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-tego dnia Podróży (z wyłączeniem postanowień ust. 2 niniejszego artykułu);
5) z dniem otrzymania przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, w zależności od tego co nastąpi pierwsze.

Artykuł 7 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 całodobowym numerem +48 22 575 94 22 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 udowodnienia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego i zasadności roszczeń spoczywa na osobie ubiegającej się o świadczenie.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone umyślnie lub na skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.
4. Ustalenie zasadności roszczeń i wysokości przysługujących świadczeń odbywa się w oparciu o pełną 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.
5. Na żądanie Ubezpieczyciela, w przypadkach uzasadnionych, jeżeli wskazane w niniejszych SWU dokumenty okażą się niewystarczające do ustalenia zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczony samodzielnie, bądź za pośrednictwem osoby występującej w jego imieniu zobowiązany jest do przedstawienia innych, zwyczajowo stosowanych w danej sytuacji faktycznej dokumentów, niezbędnych do określenia zasadności roszczeń i wysokości świadczeń.
6. Na żądanie Ubezpieczyciela, w przypadkach uzasadnionych, związanych z ustaleniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego zobowiązana jest udostępnić Ubezpieczycielowi informacje na temat stanu zdrowia Ubezpieczonego i wyrazić zgodę na zbadanie stanu zdrowia lub przyczyn śmierci Ubezpieczonego.
7. W sytuacjach, gdy Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego uchyla się od obowiązku dostarczenia dokumentacji, bądź wyrażenia stosownej zgody na zbadanie stanu zdrowia/przyczyny śmierci Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami ust. 4, 5 i 6 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.
8. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie do wysokości Sumy ubezpieczenia, albo limitów właściwych dla poszczególnych świadczeń, zgodnie z zakresem ubezpieczenia.
9. Ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić należne świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zgłoszenia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
10. Jeśli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 9 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 przedłożonych dokumentów część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie określonym w ust. 9 niniejszego artykułu.
11. 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.
12. Świadczenie jest zawsze wypłacane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w walucie obowiązującej w Rzeczypospolitej Polskiej, według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu wystąpienia szkody, za wyjątkiem bezpośrednich płatności na rzecz zagranicznych placówek służby zdrowia, zagranicznych poszkodowanych lub innych zagranicznych podmiotów, jeżeli SWU nie zawierają odmiennych postanowień.

Artykuł 8. 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 zwolnił 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;
4) zasięgnął pomocy medycznej u osób spokreniownionych.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia będące normalnym następstwem:
1) umyślnego działania Ubezpieczonego lub osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
2) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom 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 adekwatnym związku z:
1) Chorobą przewlekłą;
2) zachowaniem chuligańskim Ubezpieczonego lub w związku z działalnością przestępczą;
3) udziałem w bójkach lub popełnieniem, bądź usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
4) udziałem Ubezpieczonego w konflikcie wojennym, w misjach pokojowych, akcjach bojowych lub wojennych;
5) udziałem w buntach, demonstracjach, powstaniach, publicznych aktach przemocy, strajkach lub na skutek ingerencji lub decyzji organów administracji publicznej;
6) udziałem Ubezpieczonego w Akcie terrorystycznym lub w przygotowaniach do niego;
7) naruszeniem jakichkolwiek 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;
8) niewykonaniem szczepień ochronnych lub zabiegów profilaktycznych rekomendowanych przed Podróżą zagraniczną na terytorium danego kraju;
9) chorobami przenoszonymi drogą płciową, AIDS, HIV;
10) zaburzeniami psychicznymi;
11) następstwami 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;

12) uprawianiem aktywności sportowej nieobjętej podstawową ochroną ubezpieczeniową (tabela sportów objętych ubezpieczeniem znajduje się w artykule 3 ust. 4 niniejszych SWU);
13) uprawianiem aktywności sportowej w miejscach do tego nieprzeznaczonych;
14) braniem udziału w polowaniach na zwierzęta;
15) braniem udziału w zawodach lub rajdach, jako kierowca, pilot lub pasażer pojazdów silnikowych, również podczas jazd próbnych i testowych;
16) postępowaniem, w związku z którym Ubezpieczony nie przestrzegał przepisów prawa obowiązujących na terenie danego państwa;
17) wykonywaniem Pracy fizycznej;
18) wykonywaniem zadań kaskaderskich;
19) wykonywaniem pełnionej funkcji: żołnierza, policjanta, członka innej służby mundurowej lub innej jednostki lub służby bezpieczeństwa;
20) 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 Rzeczypospolitej Polskiej (RP) lub 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 samookaleczenia 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 informacji, iż nie zaleca się podróżowania do danego państwa lub regionu;
7) zostało spowodowane przez epidemię (z wyłączeniem Zachorowania na Covid-19) bądź skażenie chemiczne lub biologiczne;
8) nastąpiło w trakcie posługiwania 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 9. 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, z wyłączeniem Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w rozumieniu niniejszych SWU.
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 10. 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 ewentualnie faksem na numer faksu Ubezpieczyciela. 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 obowiązuje 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 11. Postępowanie reklamacyjne

1. Reklamacje składa się Ubezpieczycielowi drogą:
1) telefoniczną pod numerem +48 22 575 94 22,
2) e-mailową na adres: **quality@axa-assistance.pl lub na adres doręczeń elektronicznych Ubezpieczyciela: AE:PL-30648-15425-EVIJG-16,**
3) pocztową na adres:
Inter Partner Assistance Oddział w Polsce, ul. Giełdowa 1, 01-211 Warszawa.
2. Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
1) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
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.
4. 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.
5. 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
6. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy wskazany w ust. 2 pkt 2) chyba, że Klient wnosił o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w ust. 2 pkt 3).
7. Klient może złożyć wniosek do Rzecznika Finansowego o rozpatrzenie Jego sprawy.
8. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z umową ubezpieczenia.
9. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem https://rf.gov.pl/.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
11. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia i niniejszych SWU wytacza się albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE

Część A) Assistance Podróżny - INFORMACYJNY

Artykuł 12. Przedmiot i zakres Assistance Podróżnego

1. Przedmiotem ubezpieczenia Assistance Podróżnego są usługi informacyjne w zakresie:
   1) przygotowania się do Podróży, tj.: aktualnych wymogów wizowych i wjazdowych obowiązujących w danym kraju, z zastrzeżeniem, iż przypadku posiadania przez Ubezpieczonego paszportu kraju innego niż RP możliwa będzie konieczność skierowania Ubezpieczonego do ambasady lub konsulatu danego kraju w celu uzyskania stosownych informacji;
   2) aktualnie wymaganych szczepień w danym kraju oraz bieżących ostrzeżeń Światowej Organizacji Zdrowia;
   3) ceł i przepisów celnych;
   4) kursów wymiany walut oraz stawek VAT;
   5) danych kontaktowych ambasad lub konsulatów;
   6) prognoz pogody za w danym kraju;
   7) języków używanych w miejscu będącym celem Podróży;
   8) stref czasowych i różnic czasu.
2. Usługi informacyjne realizowane są na wniosek Ubezpieczonego.

Część B) Assistance Podróżny - ORGANIZACYJNY

Artykuł 13. Przedmiot i zakres Assistance Podróżnego

1. Przedmiotem ubezpieczenia Assistance Podróżnego jest pomoc organizacyjna w zakresie:
   1) wynajęcia prawnika i/lub tłumacza w przypadku konieczności nawiązania przez Ubezpieczonego kontaktu z organem władz publicznych podczas Podróży oraz przekazania wiadomości o zatrzymaniu Ubezpieczonego przez władze krewnym, współpracownikom lub przyjaciołom Ubezpieczonego przebywającym w Kraju stałego zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty prawnika i/lub tłumacza pokrywa Ubezpieczony;
   2) przekazywać wiadomości Osobom bliskim Ubezpieczonego w Kraju Zamieszkania Ubezpieczonego;
   3) uiszczenia kaucji (z wyłączeniem depozytów niezbędnych w celu opłacenia zobowiązań cywilnoprawnych, kar pieniężnych lub odszkodowań osobistych opłacanych przez Ubezpieczonego) do wysokości kwoty określonej w Tabeli Świadczeń i limitów w przypadku zatrzymania lub zagrożenia zatrzymaniem przez władze Ubezpieczonego podczas Podróży. Wszelkie opłaty realizowane są pod warunkiem uprzedniego pisemnego zobowiązania się przez Ubezpieczonego do spłaty pokrytych kosztów;
   4) zlokalizowania bagażu Ubezpieczonego zagubionego przez przewoźnika, a w przypadku odzyskania bagażu zorganizowania jego wysyłki do miejsca pobytu ubezpieczonego poza Krajem stałego zamieszkania; 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);
   5) wpłaty zaliczki do wysokości kwoty określonej w Tabeli świadczeń i limitów w przypadku utraty lub kradzieży Karty Ubezpieczonego, o ile inne źródło środków finansowych nie jest dostępne dla Ubezpieczonego; Zaliczka realizowana jest ze środków Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem, że rachunek w/w karty Ubezpieczonego jest równocześnie obciążany kwotą wypłaconej zaliczki i opłatami za dostarczenie środków pieniężnych Ubezpieczonemu;
   6) udzielenia Ubezpieczonemu informacji i pomocy w uzyskaniu dokumentów zastępczych niezbędnych w Podróży, to jest: paszport, wiza wjazdowa lub bilety lotnicze, w przypadku ich utraty lub Kradzieży. Koszty wydania nowych dokumentów pokrywa Ubezpieczony;
   7) zaaranżowania wysyłki zastępczych przedmiotów osobistego użytku należących do Ubezpieczonego istotnych dla kontynuacji Podróży, to jest: soczewki kontaktowe i okulary; Usługa jest realizowana pod warunkiem, że takie przedmioty zastępcze zostaną udostępnione Ubezpieczycielowi w miejscu ich przechowywania lub dostarczone do siedziby Ubezpieczyciela wskazanej Ubezpieczonemu lub jego przedstawicielowi;
   8) pokierowania Ubezpieczonego do lokalnych usługodawców: lekarzy, szpitali, poradni, stacji pogotowia ratunkowego, prywatnych pielęgniarek, dentystów, poradni dentystycznych, punktów usługowych dla osób niepełnosprawnych, okulistów, aptek, optyków oraz dostawców soczewek kontaktowych i urządzeń medycznych;
   9) dostarczenia zastępujących zagubione lub skradzione, leki wydane z przepisu lekarza. Jeżeli taki lek lub jego miejscowy odpowiednik jest niedostępny podczas Podróży Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel opłaci koszty wysyłki danego leku do miejsca pobytu Ubezpieczonego, zaś koszty zakupu i dostarczenia do Ubezpieczyciela danego leku ponosi Ubezpieczony; Transport leków odbywa się na zasadach stosowanych przez przewoźnika oraz zgodnie z przepisami prawa krajowego i prawa międzynarodowego;
   10) monitorowania stanu zdrowia i stałego przekazywania informacji Ubezpieczonemu, w przypadku Hospitalizacji krewnego, współpracownika lub przyjaciela Ubezpieczonego przebywającego w Kraju stałego zamieszkania Ubezpieczonego. Usługa jest realizowana pod warunkiem wyrażenia zgody przez hospitalizowanego na dostęp Ubezpieczyciela do informacji o jego stanie zdrowia;
2. Powyższe usługi realizowane są na wniosek Ubezpieczonego.

Część C) Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu

Artykuł 14. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu

1. Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu dotyczy usług wynikających z umów/rezerwacji zwartych z podmiotami świadczącymi usługi przewozu osób i/lub noclegów i składa się z dwóch części zakresowych, dla których odpowiednio przedmiotem ubezpieczenia są:
   1) koszty odwołania udziału w Podróży poniesione przez Ubezpieczonego przed jej rozpoczęciem przy użyciu Karty, zgodnie z pisemnymi postanowieniami umowy przewozu lub noclegu;
   2) koszty przedwczesnego powrotu z Podróży, rozumiane jako:
      a) koszty niewykorzystanych usług, które przysługiwały Ubezpieczonemu na podstawie umowy o przewóz lub nocleg opłaconych Kartą;
      b) koszty transportu powrotnego, jeżeli był on pierwotnie przewidziany. Ubezpieczyciel pokrywa je do równowartości kosztu transportu, jaki pierwotnie był zaplanowany.
2. W zakresie Ubezpieczenia rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu Zdarzeniami ubezpieczeniowymi są:
   1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony lub Współubezpieczony nie może odbyć zaplanowanej Podróży ze względów medycznych;
   2) Nagłe zachorowanie lub Zachorowanie na Covid-19 Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w wyniku którego Ubezpieczony lub Współubezpieczony nie może odbyć zaplanowanej Podróży ze względów medycznych;
   3) Zgon Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
   4) Zgon Osoby bliskiej Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, o ile okres od zgonu do dnia wyjazdu jest krótszy niż 60 dni;
   5) Zdarzenie losowe w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w związku z którym obecność Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na terytorium RP lub Kraju stałego zamieszkania jest wymagana przez władze lokalne (policję) do wykonania czynności prawnych i administracyjnych, w okresie planowanego trwania Podróży.

Artykuł 15. Suma Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu

1. Suma ubezpieczenia wskazana jest w Tabeli świadczeń i limitów.
2. W przypadkach, gdy wskazana w Tabeli świadczeń i limitów Suma ubezpieczenia jest wyższa niż uiszczona cena usług przewozowych i noclegowych dla danej Podróży, wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność maksymalnie do wysokości uiszczonej ceny usług.
3. Suma ubezpieczenia odnosi się do każdego Ubezpieczonego oddzielnie i jest podawana w przeliczeniu na jedną Podróż.
4. Każde świadczenie zrealizowane w związku z danym Zdarzeniem ubezpieczeniowym pomniejsza Sumę ubezpieczenia.

Artykuł 16. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 zakres ochrony Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu nie obejmuje sytuacji:
   1) braku pisemnego zawiadomienia podmiotu, z którym lub za pośrednictwem, którego zawarto umowę o usługi przewozowe lub noclegowe, przez Ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu o rezygnacji z udziału Podróży;
   2) zaostrzeń lub powikłań Chorób przewlekłych, a także zaostrzeń lub powikłań po Hospitalizacji poprzedzającej Podróż w okresie 12 miesięcy, bądź po zabiegu przeprowadzonym w ramach Chirurgii jednego dnia w okresie 30 dni przed Podróżą;
   3) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu szpitalnemu lub zabiegom, do których wskazania istniały przed zawarciem umowy o usługi przewozu lub noclegu w ramach planowanej Podróży;

4) przeciwskazań lekarskich do odbycia Podróży, istniejących przed zawarciem umowy o usługi przewozu lub noclegu;
5) sytuacji przerwania ciąży, chyba że zostało one wykonane dla ratowania życia ciężarnej;
6) powikłań i komplikacji wynikających ze sztucznego zapłodnienia, bądź leczenia bezpłodności;
7) braku ważnego dokumentu niezbędnego do odbycia Podróży (paszport, wiza);
8) Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów wynikających z korzystania z programów nagród za częste loty realizowanych przez linie lotnicze, programów kart punktów premiowych, oraz programów punktów urlopowych (Timeshare lub Holiday Property Bond).

Artykuł 17. Sposób ustalania świadczeń w Ubezpieczeniu kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w związku z odwołaniem udziału w Podróży maksymalnie do wysokości niższej z kwot:
   1) Ceny usług przewozu i noclegów wskazanych w umowie o ich świadczenie, lub
   2) Sumy Ubezpieczenia wskazanej w Tabeli świadczeń i limitów dla Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu.
2. Wypłata w/w świadczenia odpowiada kosztom, jakimi obciążony zostaje Ubezpieczony przez podmiot świadczący dane usługi.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w związku z koniecznością skrócenia Podróży z zastrzeżeniem maksymalnej wypłaty do wysokości Sumy ubezpieczenia, w wysokości odpowiadającej sumie:
   1) wartości niewykorzystanych świadczeń (niewykorzystanych dni pobytu) rozumianej jako procent z ceny usług przewozu i noclegów, oraz
   2) wartości dodatkowego transportu powrotnego rozumianej jako wartość pierwotnie planowanego opłaconego transportu powrotnego z Podróży.

Artykuł 18. Obowiązki Ubezpieczonego

1. Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu ma obowiązek złożenia pisemnej informacji o anulowaniu udziału w Podróży do podmiotu, z którym zawarto umowę o świadczenie usług przewozu i/lub noclegu w ciągu 24 godzin od zaistnienia danej przyczyny. Nie dotyczy to uzasadnionych i udokumentowanych sytuacji, w których Ubezpieczony z uwagi na stan zdrowia nie mógł dopełnić w/w obowiązku. Wówczas zobowiązany jest dopełnić obowiązku powiadomienia niezwłocznie od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie stosownej informacji w terminie. W przypadkach, gdy nie dotrzymano powyższych terminów, Ubezpieczyciel może zmniejszyć wypłacane świadczenie, do kwoty, którą Ubezpieczony zostałby obciążony przez podmiot świadczący dane usługi, dochowując terminów.
2. Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu ma obowiązek zawiadomienia o konieczności wcześniejszego powrotu z Podróży Centrum Pomocy Assistance przed podjęciem działań we własnym zakresie, w ciągu 24 godzin od zaistnienia danej przyczyny uzasadniającej przerwanie Podróży. W przypadkach, gdy nie dotrzymano powyższego obowiązku, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć wypłacane świadczenie, w stopniu, w jakim miało to wpływ na jego wysokość.
3. Ubezpieczyciel zastrzega możliwość uznania roszczenia i wypłaty świadczenia od udokumentowania przez Ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu zdarzeń zgłoszonych, jako podstawa rezygnacja z Podróży bądź wcześniejszego z niej powrotu.
4. W przypadku ubiegania się o zwrot kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu należy złożyć do Ubezpieczyciela wymagane dokumenty.Za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia o zwrot kosztów rezygnacji z udziału w Podróży lub wcześniejszego z niej powrotu uznaje się:
   1) umowa o imprezę turystyczną lub poszczególne usługi przewozowe i/lub noclegowe, lub blankiet biletu lotniczego i potwierdzenie dokonania jego rezerwacji, w zależności, której usługi dotyczy złożona rezygnacja;
   2) potwierdzone przez organizatora/ dystrybutora usługi oświadczenie o jej anulowaniu;
   3) dokument wydany przez organizatora/dystrybutora usługi potwierdzający wysokość obciążeń nałożonych na Ubezpieczonego z tytułu rezygnacji z danej usługi;
   4) oryginały rachunków lub dowodów zapłaty za daną usługę;
   5) oryginały rachunków i dowodów zapłaty uprzednio uzgodnionych kosztów za transport powrotny, w przypadku wcześniejszego powrotu z Podróży;
   6) dokumenty poświadczające wystąpienie zdarzenia uzasadniającego rezygnację z Podróży lub jej skrócenie, którymi są:
      a) raport medyczny dla Nagłych zachorowań, Nieszczęśliwych wypadków, wszelkich zdarzeń o charakterze zdrowotnym - orzeczenie lekarskie opisujące rodzaj i charakter obrażeń lub objawów, zawierające dokładną diagnozę oraz zaordynowane leczenie;
      b) kopia karty zgonu lub aktu zgonu w przypadku śmierci;
      c) kopia raportu policji dot. szkody w mieniu;
      d) zaświadczenia stosownych władz, instytucji poświadczające wystąpienia Zdarzeń losowych.

Część D) Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu

Artykuł 19. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia opóźnienia odjazdu środka transportu

1. Przedmiotem Ubezpieczenia opóźnienia odjazdu środka transportu są wydatki poniesione przez Ubezpieczonego na posiłki i przekąski, oraz dodatkowe zakwaterowanie (tylko pokój), w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w przypadku ubezpieczenia opóźnienia odjazdu środka transportu jest co najmniej 4-godzinne opóźnienie danego środka transportu, w stosunku do planowanej godziny odjazdu/odlotu, wywołane przez:
   1) strajk lub pracowniczą akcję protestacyjną;
   2) niekorzystne warunki atmosferyczne uniemożliwiające planowy odjazd/odlot;
   3) mechaniczną awarię lub wadę techniczną środka transportu.
3. Zdarzenie ubezpieczeniowe jest rozpatrywane tylko w odniesieniu do środków transportu, w których Ubezpieczony ma zarezerwowane miejsce w ramach Podróży.
4. Z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do maksymalnej wysokości Sumy ubezpieczenia podanej w Tabeli świadczeń i limitów.
5. W przypadku przedłużającego się, co najmniej 24 – godzinnego opóźnienia odjazdu/odlotu środka transportu rozpoczynającego Podróż, Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z Podróży na zasadach opisanych w Części C niniejszych SWU.

Artykuł 20. Obowiązki Ubezpieczonego

1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązany jest:
   1) uzyskać stosowne zawiadomienie od przewoźnika oraz zachować jego kopię lub potwierdzenie w celu późniejszego przedłożenia Ubezpieczycielowi. W/w dokument powinien poświadczać fakt zaistnienia opóźnienia oraz wskazywać numer lotu, termin planowanego odlotu zgodny z pierwotnym rozkładem, a także informację o ile godzin opóźniono/odwołano lot;
   2) uzyskać od przewoźnika pisemne określenie zakresu jego odpowiedzialności wobec zaistniałego opóźnienia - wskazanie kosztów, które pokryje w związku z opóźnieniem odjazdu/odlotu;
   3) zachować wszelkie oryginały rachunków i dowodów zapłaty za zakupione posiłki, przekąski, zakwaterowanie;
   4) niezwłocznie - najpóźniej w ciągu 7 dni od powrotu na terytorium RP lub Kraju stałego zamieszkania - skontaktować się z Centrum Pomocy Assistance i złożyć zawiadomienie o Zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz doręczyć Ubezpieczycielowi pisemne zgłoszenie szkody zawierające:
      a) dane Ubezpieczonego i karty;
      b) opis okoliczności zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
      c) oryginały rachunków i oryginały dowodów ich zapłaty za zakupione posiłki, przekąski, zakwaterowanie;
      d) dokumenty potwierdzające opóźnienie zgodnie z ust. 1 pkt 1 niniejszego artykułu;
      e) oświadczenie przewoźnika o zakresie jego odpowiedzialności zgodnie z ust. 1 pkt 2 niniejszego artykułu.

Artykuł 21. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu nie zapewnia ochrony w odniesieniu do:
   1) opóźnienia spowodowanego strajkami lub akcjami protestacyjnymi, bądź innym ograniczeniem transportowym ogłoszonym przed dniem rozpoczęcia Podróży, o których Ubezpieczony wiedział lub mógł się dowiedzieć przed udaniem się w Podróż z uwagi na podanie ich do publicznej wiadomości;
   2) opóźnień powstałych wskutek decyzji urzędu lotnictwa cywilnego lub innych podobnych organów;

3) koszty, jeżeli alternatywne metody przejazdu zostały udostępnione w ciągu 4 godzin od planowanej godziny odjazdu/odlotu.
4) koszty i opłaty, które linie lotnicze zwrócą Ubezpieczonemu.

Część E) Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego

Artykuł 22. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego

1. Przedmiotem Ubezpieczenia opóźnienia bagażu podróżnego są wydatki poniesione przez Ubezpieczonego na niezbędne przybory toaletowe i odzież w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w przypadku Ubezpieczenia opóźnienia bagażu podróżnego jest opóźnienie dostarczenia ubezpieczonego bagażu przez przewoźnika o co najmniej 4 godzin licząc od chwili wylądowania Ubezpieczonego na lotnisku docelowym, które znajduje się poza terytorium RP, lub poza Krajem stałego zamieszkania.
3. Ubezpieczenie opóźnienia bagażu podróżnego obejmuje wyłącznie zdarzenia zaistniałe podczas podróży za granicę, a nie obejmuje zdarzeń przy powrocie na terytorium RP lub Kraju stałego zamieszkania.
4. Z tytułu Ubezpieczenia opóźnienia bagażu podróżnego Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego faktycznie poniesionych kosztów, w maksymalnej wysokości Sumy ubezpieczenia podanej w Tabeli świadczeń i limitów.
5. W przypadku przedłużającego się, co najmniej 48 – godzinnego opóźnienia dostarczenia bagażu, Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego w maksymalnej wysokości sumy ubezpieczenia podanej w Tabeli świadczeń i limitów.

Artykuł 23. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego nie zapewnia ochrony wobec:
   1) utrata lub uszkodzenie spowodowane przez opóźnienie, konfiskatę lub zatrzymanie przez organy władz celnych lub innych.
   2) roszczenia wynikające z utraty, kradzieży lub uszkodzenia Bagażu wysłanego jako ładunek lub na podstawie morskiego listu przewozowego.

Artykuł 24. Obowiązki Ubezpieczonego

1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązany jest:
   1) złożyć stosowne zawiadomienie do przewoźnika oraz zachować jego kopię lub potwierdzenie w celu późniejszego przedłożenia Ubezpieczycielowi. W/w dokument powinien poświadczać fakt zaistnienia opóźnienia dostarczenia bagażu oraz wskazywać moment faktycznego dostarczenia bagażu (informację o ile godzin opóźniło się dostarczenie bagażu);
   2) zachować wszelkie oryginały rachunków i dowodów zapłaty za zakupione artykuły pierwszej potrzeby (odzież, przybory toaletowe);
   3) niezwłocznie - najpóźniej w ciągu 7 dni od powrotu na terytorium RP lub Kraju stałego zamieszkania - skontaktować się z Centrum Pomocy Assistance i złożyć zawiadomienie o Zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz doręczyć Ubezpieczycielowi pisemne zgłoszenie szkody zawierające:
      a) dane Ubezpieczonego i karty;
      b) opis okoliczności zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
      c) oryginały rachunków i oryginały dowodów ich zapłaty za zakupione przedmioty pierwszej potrzeby;
      d) dokumenty potwierdzające opóźnienie bagażu zgodnie z ust. 1 pkt 1 niniejszego artykułu.

Część F) Ubezpieczenie kosztów leczenia

Artykuł 25. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia kosztów leczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty leczenia Ubezpieczonego, który podczas Podróży zagranicznej musiał poddać się leczeniu.
2. Za Zdarzenie ubezpieczeniowe w przypadku Ubezpieczenia kosztów leczenia 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 pokrywa związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym niezbędne, nieuniknione i celowe koszty leczenia lub zabiegu powstałe poza terytorium RP lub 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 Miejsca 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, w tym konsultacje i honoraria lekarskie;
   3) Hospitalizacja w pokoju wieloosobowym o standardowym wyposażeniu oraz przy zapewnieniu standardowej opieki medycznej przez niezbędny okres czasu oraz związane z tym pobytem koszty leczenia łącznie z operacją, znieczuleniem, lekami, materiałami i kosztami wyżywienia 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 śluzówką jamy ustnej, z zastrzeżeniem świadczeń realizowanych maksymalnie do limitu wskazanego w Tabeli świadczeń i limitów;
   6) transport Ubezpieczonego z miejsca Zdarzenia ubezpieczeniowego do najbliższej odpowiedniej placówki medycznej (także wezwanie lekarza do Ubezpieczonego), jeżeli Ubezpieczony nie jest w stanie korzystać ze środków transportu publicznego, w tym, interwencję górskiego pogotowia ratowniczego lub transport helikopterem z miejsca Zdarzenia ubezpieczeniowego do najbliższej, odpowiedniej placówki medycznej, jeżeli w okolicznościach danego Zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego;
   7) transport od lekarza do placówki medycznej lub z placówki medycznej do innej specjalistycznej placówki medycznej, jeżeli w okolicznościach danego Zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego;
   8) zasadny z przyczyn medycznych transport z placówki medycznej do miejsca pobytu za granicą, jeżeli w okolicznościach danego Zdarzenia ubezpieczeniowego nie można w tym celu zastosować publicznego środka transportu.
5. Do zakresu świadczeń przysługujących z tytułu Ubezpieczenia kosztów leczenia, poza świadczeniami wskazanymi w ustępach poprzedzających wchodzą również koszty:
   1) transportu (repatriacji) Ubezpieczonego z powrotem na teren RP lub do Kraju stałego zamieszkania, jeżeli z przyczyn zdrowotnych nie można było wykorzystać pierwotnie zaplanowanego środka transportu. Transport odbywa się dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu.
      Ubezpieczyciel refunduje koszty na zasadach wskazanych w art. 28, jednak maksymalnie do limitu wskazanego w Tabeli świadczeń i limitów.
   2) przedłużenia Podróży zagranicznej Ubezpieczonego, jeżeli pierwotnie planowany okres jego Podróży minął, na skutek leczenia w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, a Ubezpieczony nie mógł odbyć podróży powrotnej w zaplanowanym terminie i zaplanowanym środkiem transportu i jednocześnie nie wymaga on Hospitalizacji.
      Ubezpieczyciel pokrywa koszty zakwaterowania w obiekcie o standardzie nie wyższym niż pierwotnie zarezerwowany przez Ubezpieczonego przez okres niezbędny do organizacji transportu (repatriacji) zgodnego z postanowieniami ust.5 pkt 1) niniejszego artykułu, nie dłużej jednak niż przez 10 kolejnych dni. Ubezpieczyciel zapewnia świadczenie do wysokości wskazanej w Tabeli świadczeń i limitów.
   3) transportu zwłok Ubezpieczonego do miejsca pochówku na teren RP lub do Kraju stałego zamieszkania, jeżeli Ubezpieczony zmarł podczas Podróży zagranicznej na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego
      W ramach świadczenia Ubezpieczyciel pokrywa koszty transportu zwłok oraz zakupu trumny przewozowej.
      Ubezpieczyciel refunduje koszty na zasadach wskazanych w art. 28, jednak maksymalnie do limitu wskazanego w Tabeli świadczeń i limitów.
   4) transportu i pobytu Osoby bliskiej wezwanej do towarzyszenia Ubezpieczonemu, który nie ukończył 15 roku życia, jeżeli Ubezpieczony podczas Podróży zagranicznej musi być hospitalizowany na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego i nie towarzyszy mu żadna osoba pełnoletnia.

Ubezpieczyciel pokrywa koszty zakwaterowania i wyżywienia jednej Osoby bliskiej do wysokości wskazanej w Tabeli świadczeń i limitów. Ubezpieczyciel pokrywa koszty transportu jednej Osoby bliskiej samolotem w klasie ekonomicznej.
Ubezpieczyciel refunduje koszty na zasadach wskazanych w art. 28, jednak maksymalnie do limitu wskazanego w Tabeli świadczeń i limitów.

5) Świadczenie „Powrót dzieci do domu": Jeżeli Ubezpieczony został hospitalizowany lub zmarł podczas Podróży na Zdfarzenia ubezpieczeniowego, wówczas Ubezpieczyciel pokrywa koszty zakwaterowania (z wyżywieniem) i transportu do Kraju stałego zamieszkania każdego małoletniego dziecka przebywającego wraz z Ubezpieczonym w Podróży, jednak maksymalnie do limitu wskazanego w Tabeli świadczeń i limitów. Ubezpieczyciel refunduje w/w koszty na zasadach wskazanych w art. 28.

Artykuł 26. Suma ubezpieczenia Ubezpieczenia kosztów leczenia

1. Suma ubezpieczenia 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.
4. Limity poszczególnych świadczeń przewidzianych w art. 25, wskazane w Tabeli świadczeń i limitów funkcjonują w ramach Sumy ubezpieczenia kosztów leczenia i assistance medycznego pomniejszając ją.

Artykuł 27. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia kosztów leczenia.

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie kosztów leczenia i assistance medycznego nie obejmuje:
   1) zdarzeń niebędących następstwem Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku;
   2) zdarzeń związanych z udaniem się przez Ubezpieczonego w Podróż zagraniczną, pomimo istnienia przeciwwskazań lekarskich, co do jej odbycia;
   3) 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;
   4) 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 RP, bądź Kraju stałego zamieszkanie i w razie potrzeby kontynuować leczenie w własnym zakresie;
   5) zdarzeń związanych z alkoholizmem lub chorobami wynikającymi z alkoholizmu;
   6) pobytu i leczenia w ośrodkach opieki społecznej, ośrodkach dla psychicznie chorych, hospicjach onkologicznych, ośrodkach leczenia uzależnień od narkotyków, alkoholu, ośrodkach sanatoryjnych, rehabilitacyjnych i wypoczynkowych;
   7) pomocy medycznej udzielanej wyłącznie ze wskazań estetycznych, operacji plastycznych, zabiegów kosmetycznych, a także wszelkiej pomocy niezbędnej w skutek poddania się w/w zabiegom;
   8) sytuacji, w których opieka medyczna jest wskazana i odpowiednia, jednak nie musi być udzielona natychmiastowo i można jej udzielić po powrocie na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju stałego pobytu;
   9) pomocy medycznej związanej z badaniami kontrolnymi lub szczepieniami profilaktycznymi;
   10) 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, ile nie wykupiono dodatkowego ubezpieczenia Chorób przewlekłych;
   11) skutków Klęsk żywiołowych;
   12) badań (łącznie z laboratoryjnymi i ultrasonograficznymi) w celu stwierdzenia ciąży, przerwania ciąży, jakichkolwiek powikłań ciąży zagrożonej, jakichkolwiek powikłań po 26 tygodniu ciąży oraz porodu;
   13) leczenia bezpłodności lub sztucznego zapłodnienia, oraz kuracji hormonalnych z nimi związanych;
   14) kosztów leków wydanych bez pisemnego zalecenia lekarza;
   15) leczenia metodami nieuznanymi przez powszechną wiedzę medyczną, leczenia metodami niekonwencjonalnymi;
   16) zakupu bądź naprawy okularów korekcyjnych, protez (również dentystycznych), sprzętu rehabilitacyjnego, aparatów słuchowych, z wyłączeniem postanowień art. 25, ust. 4., pkt 4)
   17) kosztów morskich akcji ratowniczych;
   18) 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.
   Kontakt Ubezpieczonego z Centrum Pomocy Assistance nie jest wymagany, jeżeli Ubezpieczony samodzielnie wybiera lekarza i pokrywa koszty tej wizyty nieprzekraczające 500 €, w przypadku:
   a) pojedynczej wizyty stomatologicznej związanej z ostrym stanem bólowym lub zapalnym jednego zęba;
   b) pojedynczej wizyty ambulatoryjnej;

Artykuł 28. 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 i assistance medycznego 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. 27 ust. 1. Pkt 18)) 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;
   3) określić, jakiej pomocy potrzebuje i w jakich okolicznościach i pod jakim adresem Ubezpieczony się znajduje;
   4) podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności: numer pesel/ datę urodzenia, imię i nazwisko Ubezpieczonego;
   5) dokładnie wyjaśnić okoliczności wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w szczególności datę i miejsce jego wystąpienia;
   6) 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 zasięgania 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 co najmniej:
   1) dane Ubezpieczonego oraz karty;
   2) opis okoliczności zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;

3) raport medyczny - orzeczenie lekarskie opisujące 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) oryginały rachunków i oryginały dowodów ich zapłaty, dokumenty wskazujące przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia, świadectwa szpitalne, które umożliwią Ubezpieczycielowi określenie łącznych kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego.

Część G) Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji

Artykuł 29. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji

1. Przedmiotem ubezpieczenia są wydatki uboczne związane z Hospitalizacją (takie jak: wynajem linii telefonicznej, wynajem telewizora i przejazdy gościa taksówką) poniesione przez Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, do którego doszło w trakcie Podróży zagranicznej, i które wymaga niezbędnego i niezwłocznego poddania się przez niego Hospitalizacji za granicą.
3. Z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do maksymalnej wysokości Sumy ubezpieczenia podanej w Tabeli świadczeń i limitów oraz Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie odszkodowawcze za każdy rozpoczęty dzień Hospitalizacji Ubezpieczonego w kwocie określonej w Tabeli świadczeń i limitów za nie więcej niż maksymalny okres wskazany w Tabeli świadczeń i limitów;

Artykuł 30. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji.

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji nie obejmuje wszystkich sytuacji wskazanych w art 27: Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia kosztów leczenia

Artykuł 31. Obowiązki Ubezpieczonego i osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.

1. Obowiązki Ubezpieczonego wskazane w art. 28 mają również zastosowanie w ramach niniejszego Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji.

Część H) Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków

Artykuł 32 Przedmiot i zakres Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków

1. Przedmiotem Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczonym w przypadku Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków jest Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, do którego doszło podczas Podróży w trakcie transportu do miejsca docelowego Podróży lub w trakcie transportu w drodze powrotnej do Miejsca zamieszkania, bądź podczas Podróży w trakcie jakiegokolwiek transportu.
3. Ubezpieczyciel zapewnia wypłatę świadczeń odszkodowawczych związanych ze Zdarzeniem ubezpieczonym 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, w wysokości określonej stosownym procentem wyliczonym od Sumy ubezpieczenia dla Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków wskazanej w Tabeli świadczeń i limitów.

Artykuł 33. 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 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 utratę kończyny, utratę wzroku, Całkowitą Trwałą Niepełnosprawność.
3. Po zakończeniu leczenia powypadkowego, rekonwalescencji i procedur rehabilitacyjnych ustalany jest stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jednak najpóźniej w ciągu 24 miesiące od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Stwierdzenia zaistnienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje uprawniony lekarz orzecznik, lub lekarz wskazany przez Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo weryfikacji orzeczenia stwierdzającego wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie zgodności z powszechnie przyjętymi procedurami orzekania.
6. Orzeczony stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu wyrażony jest procentowo 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.
7. W przypadku, gdy Ubezpieczony doznał więcej niż jednego Trwałego uszczerbku na zdrowiu, stopień łączny doznanych uszczerbków jest równy sumie wszystkich procentów ustalonych na poszczególne rodzaje doznanych uszczerbków, jednak maksymalnie do łącznej wartości 100%.
8. 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 zostałby osiągnięty po przeprowadzeniu w/w procedur leczniczych i rehabilitacyjnych.
9. W przypadkach, w których Trwały uszczerbek na zdrowiu polega na utracie lub uszkodzeniu organu, narządu bądź układu, którego funkcjonowanie były 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.
10. 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.
11. 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.
12. Jeśli sytuacja opisana w ust. 10 niniejszego artykułu wystąpiła w przypadku, gdzie orzeczono wobec Ubezpieczonego stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale nie wypłacono jeszcze należnego świadczenia, wówczas Ubezpieczyciel wypłaca tylko jednorazowe świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
13. W przypadkach, w których Ubezpieczony zmarł na skutek sytuacji niezwiązanej 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.

Artykuł 34. Suma ubezpieczenia Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków

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

Artykuł 35. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych, które powstały w wyniku:
   1) zdarzeń mających miejsce w sytuacjach innych niż podczas Podróży w trakcie transportu do miejsca docelowego Podróży lub w trakcie transportu w drodze powrotnej do Miejsca zamieszkania;
   2) 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, o ile nie wykupiono dodatkowego ubezpieczenia Chorób przewlekłych;

3) leczenia lub zabiegów medycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem oraz zdarzeń niebędących następstwem Nieszczęśliwego wypadku;
4) klęsk żywiołowych;
5) zdarzeń związanych z ciążą lub jej przerwaniem;
6) leczenia metodami nieuznanymi przez powszechną wiedzę medyczną, leczenia metodami niekonwencjonalnymi;
7) poddania się zabiegom ze wskazań estetycznych, operacji plastycznych, zabiegów kosmetycznych;
8) zatrucia się substancjami stałymi lub płynami, które wniknęły do organizmu przez skórę, układ oddechowy lub układ pokarmowy;
9) chorób ujawniających się po wystąpieniu Nieszczęśliwego wypadku;
10) chorób zawodowych;
11) złamań związanych z wrodzoną łamliwością kości, zaburzeniami metabolicznymi lub patologicznymi skręceniami oraz w wyniku złamań zmęczeniowych i zwichnięć na skutek wad i zaburzeń wrodzonych;
12) sytuacji, w których Nieszczęśliwy wypadek był w sposób bezpośredni lub pośredni spowodowany przez zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS);
13) udarów sercowo-naczyniowych i następstw Nieszczęśliwego wypadku, do którego doszło w wyniku udaru sercowo-naczyniowego;
14) następstw chorób i zaburzeń neurologicznych i psychicznych oraz związanych z nimi dolegliwości lub utraty przytomności;
15) zaburzeń ruchu lub urazów kręgosłupa, łącznie z wypadnięciem krążka międzykręgowego, jeżeli nie powstaną wskutek bezpośredniego działania mechanicznego z zewnątrz i jest to jednocześnie przypadek pogorszenia objawów choroby, która istniała już przed wystąpieniem Nieszczęśliwego wypadku;
16) pogorszenia następstw Nieszczęśliwego wypadku z powodu umyślnego lub świadomego niezgłoszenia się przez Ubezpieczonego do lekarza w celu uzyskania opieki medycznej lub świadomego nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
17) powstania lub pogorszenia stanu zdrowia w związku z którymkolwiek rodzajem przepukliny brzusznej lub pachwinowej;
18) wszelkiego rodzaju i pochodzenia guzów zgorzeli cukrzycowych, powstania lub pogorszenia jałowego zapalenia pochewek ścięgna, przyczepów mięśniowych, błony maziowej, kaletek i nad kłykcia bocznego kości ramiennej.

Artykuł 36. 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, w szczególności datę i miejsce jego wystąpienia;
      c) raport medyczny - orzeczenie lekarskie opisujące rodzaj i charakter obrażeń, zawierające dokładną diagnozę oraz zaordynowane leczenie;
   4) upoważnić Centrum Pomocy Assistance w formie pisemnej pod rygorem nieważności, do zasięgania 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 uszczerbku na zdrowiu. Koszt w/w badań ponosi Ubezpieczyciel.

Część I) Ubezpieczenie gotówki wypłaconej w bankomacie

Artykuł 37. Przedmiot, zakres i Suma ubezpieczenia dla ubezpieczenia gotówki wypłaconej z bankomatu

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest gotówka wypłacona z bankomatu w czasie trwania Podróży zagranicznej przez Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w przypadku ubezpieczenia gotówki wypłaconej z bankomatu jest Rabunek, w wyniku, którego Ubezpieczony traci środki pieniężne i Kartę, z zastrzeżeniem, że Rabunek nastąpił maksymalnie w przeciągu 4 godzin od dokonania wypłaty danej gotówki z bankomatu.
3. Ubezpieczenie gotówki obejmuje wyłącznie zdarzenia zaistniałe poza terytorium RP lub Kraju stałego zamieszkania.
4. Sumą ubezpieczenia jest kwota gotówki pobrana z bankomatu, jednak maksymalnie do równowartości kwoty wskazanej w Tabeli świadczeń i limitów.
5. Suma ubezpieczenia odnosi się do każdego Ubezpieczonego oddzielnie.
6. Suma ubezpieczenia ustalona jest na wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe w okresie rocznym. Każde świadczenie zrealizowane w związku z pojedynczym Zdarzeniem ubezpieczeniowym pomniejsza Sumę ubezpieczenia.

Artykuł 38. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach ubezpieczenia gotówki wypłaconej z bankomatu

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w artykule 8 ubezpieczenie gotówki wypłaconej w bankomacie nie zapewnia ochrony w odniesieniu do:
   1) wypłat gotówki z bankomatu bez użycia Karty;
   2) wypłat gotówki z bankomatu zrealizowanych na terenie RP lub Kraju stałego zamieszkania;
   3) Rabunku, który nastąpił w większym odstępie czasowym niż 4 godziny od wypłat gotówki z bankomatu;
   4) utraty gotówki niezgłoszonej stosownym lokalnym władzom (policji) bezpośrednio po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego (max 48 godz. Od zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego), co skutkuje brakiem ich udokumentowania.

Artykuł 39. Obowiązki Ubezpieczonego

1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązany jest niezwłocznie - najpóźniej w ciągu 7 dni od powrotu na terytorium RP lub Kraju stałego zamieszkania - skontaktować się z Centrum Pomocy Assistance i złożyć zawiadomienie o Zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz doręczyć Ubezpieczycielowi pisemne zgłoszenie szkody zawierające:
   1) dane Ubezpieczonego oraz numer Karty;
   2) opis okoliczności zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) kopię raportu policyjnego ze zgłoszenia zdarzenia przed lokalnymi władzami;
   4) bankowe potwierdzenie faktu dokonania wypłaty gotówki z bankomatu zawierające wskazanie daty, godziny oraz miejsca danej wypłaty.

Część J) Ubezpieczenie utraty zakupów

Artykuł 40. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia utraty zakupów

1. Przedmiotem ubezpieczenia są rzeczy zakupione przez Ubezpieczonego jako nowe, wyłącznie do użytku prywatnego (w tym prezenty), których kosztem obciążono w całości rachunek Karty za wyjątkiem rzeczy zdefiniowanych w wyłączeniach niniejszych SWU.
2. W/w przedmioty są objęte ochrona ubezpieczeniową przez 90 dni kalendarzowych liczonych od daty ich zakupu.,
3. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest utrata lub uszkodzenie w/w przedmiotów, w wyniku Zdarzenia losowego.
4. Ubezpieczyciel zapewnia świadczenie ubezpieczeniowe w postaci:
   1) pokrycia kosztów wymiany uszkodzonego lub utraconego przedmiotu na nowy;
   2) zwrotu kosztów Naprawy uszkodzonego przedmiotu;
   3) zwrotu kosztów utraconego przedmiotu.

   Powyższe świadczenia realizowane są maksymalnie do limitu wskazanego w Tabeli świadczeń i limitów.

Artykuł 41. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia utraty zakupów

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie utraty zakupów nie zapewnia ochrony w przypadku:
   1) szkód spowodowanych przez Ubezpieczonego, jego Osobę bliską lub osobę mieszkającą z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym, osobę, za którą Ubezpieczony ponosił odpowiedzialność, bądź przez Współubezpieczonego;
   2) przedmiotów pozostawionych bez opieki w miejscu publicznym;

3) środków transportu, z wyłączeniem wózków inwalidzkich i dziecięcych oraz rowerów;
4) biletów podróżnych i biletów na imprezy kulturalne, pieniędzy, książeczek czekowych, kart płatniczych i innych podobnych dokumentów, papierów wartościowych i druków wartościowych, kluczy, metali szlachetnych i przedmiotów wyprodukowanych z nich, nieosadzonych pereł i kamieni szlachetnych, zegarków;
5) zbiorów i rzeczy o wartości kolekcjonerskiej, antyków, numizmatów, przedmiotów artystycznych, rzeczy o wartości kulturalnej i historycznej, rękopisów, instrumentów muzycznych;
6) produktów tytoniowych i alkoholu, substancji odurzających i psychotropowych;
7) broni i amunicji;
8) urządzeń i sprzętu elektronicznego (odtwarzacze stereo, odtwarzacze MP3, komputery i sprzęt komputerowy) służących do użytku służbowego;
9) próbek, przedmiotów przeznaczonych na wystawę i rzeczy przeznaczonych na sprzedaż, przedmiotów praw autorskich oraz prawa własności przemysłowej będących częścią rzeczy, jako przedmiotu materialnego takiego prawa;
10) planów i projektów, prototypów i nośników zapisów obrazu, dźwięku i zapisów danych włącznie z ich zawartością;
11) szkód powstałych w wyniku samozapalania lub wycieku płynów, tłuszczy, barwników, lub substancji żrących;
12) Sprzętu sportowego, turystycznego oraz sprzętu pływającego (pontony, rowery wodne, łódki);
13) uszkodzeń przedmiotu będących następstwem zwykłego zużycia eksploatacyjnego;
14) wad i usterek urządzeń elektrycznych wynikających z eksploatacji lub działania prądu elektrycznego;
15) konfiskaty, zatrzymania lub uszkodzenia rzeczy przez służby celne lub inne władze państwowe;
16) szkód niezgłoszonych odpowiednim instytucjom (policji) w terminie do 48 godzin od momentu stwierdzenia szkody, z wyłączeniem sytuacji, w których stan zdrowia Ubezpieczonego obiektywnie nie pozwolił dotrzymać mu powyższego terminu.

Artykuł 42. Obowiązki Ubezpieczonego i sposób ustalania świadczeń

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.
   W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązany jest:
   1) złożyć stosowne zawiadomienie o Zdarzeniu losowym do właściwych organów władzy, czy instytucji (policja, służby celne, straż pożarna, itp.) oraz uzyskać i zachować protokół takiego zawiadomienia, wskazujący co najmniej oznaczenie utraconych przedmiotów, z informacjami na temat ich rodzaju i ilości oraz co najmniej orientacyjnej wartości;
   2) zabezpieczyć dostępne dokumenty i dowody potwierdzające okoliczności zdarzenia (w tym również przedmioty zniszczone) w celu przedstawienia ich Ubezpieczycielowi, bądź policji;
   3) niezwłocznie skontaktować się z Centrum Pomocy Assistance i złożyć zawiadomienie o Zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz doręczyć Ubezpieczycielowi pisemne zgłoszenie szkody zawierające:
      a) dane Ubezpieczonego i kraty;
      b) opis okoliczności zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
      c) listę przedmiotów, które zostały uszkodzone lub utracone, która została poświadczona przez właściwe organy władzy, czy instytucje (policję, służby celne, straż pożarną, itp.) w toku zgłoszenia złożonego zgodnie z ust. 3, pkt 1 niniejszego artykułu,
      d) dokumenty potwierdzające szkodę, którymi są między innymi wszelkie potwierdzenia, zawiadomienia lub kopie zgłoszeń Zdarzenia losowego złożone właściwym organom władzy, lub instytucjom (policja, służby celne, straż pożarna, itp.);
      e) oryginały rachunków i oryginały dowodów ich zapłaty za naprawę uszkodzenia przedmiotu;
      f) dokument poświadczający zakup danych przedmiotów z datą zakupu oraz potwierdzenie obciążenia rachunku Karty kosztem za uszkodzone lub utracone przedmioty.
3. Ubezpieczyciel zapewnia wypłatę świadczenia w kwocie, która nie jest objęta żadnymi innymi gwarancjami lub umowami ubezpieczenia maksymalnie jednak do Sumy ubezpieczenia przewidzianej w Tabeli świadczeń i limitów
4. Świadczenie Ubezpieczyciela nie obejmuje zniszczeń powstałych w skutek naturalnego zużycia danej rzeczy.
5. Odszkodowanie nie może być wyższe niż faktycznie poniesiona szkoda. Wysokość odszkodowania ustalana jest na podstawie kosztów naprawy przedmiotu - dla przypadków jego uszkodzenia, lub na podstawie wartości przedmiotów - dla przypadków ich utraty, z zastrzeżeniem, że wartość przedmiotów ustalana jest w oparciu o dowody zakupu (rachunki, potwierdzenia płatności) lub przez odniesienie do wartości nowej rzeczy o tożsamych właściwościach, jednak przy uwzględnieniu poziomu zużycia rzeczy utraconej.
6. Na rozmiar szkody nie ma wpływu wartość pamiątkowa, zabytkowa, kolekcjonerska, czy naukowa danego przedmiotu.
7. Za koszty naprawy uszkodzonego przedmiotu nie uznaje się kosztów poniesionych na odkażanie przedmiotów pozostałych po szkodzie.
8. W sytuacjach, gdy skradzione rzeczy zostaną odzyskane, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu powinna zawiadomić o tym fakcie Ubezpieczyciela. Jeśli Ubezpieczyciel wypłacił już odszkodowanie w związku z odzyskanymi przedmiotami, przysługuje mu roszczenie o zwrot stosownej kwoty odszkodowania przez Ubezpieczonego lub roszczenie o przeniesienie na niego przez Ubezpieczonego praw własności odzyskanych rzeczy. Jeśli jednak odszkodowanie nie zostało jeszcze wypłacone, wówczas Ubezpieczyciel wypłaca kwotę z uwzględnieniem faktu odzyskania przez Ubezpieczonego danych przedmiotów.

Część K) Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny

Artykuł 43. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia gwarancji najlepszej ceny

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest przedmiot opatrzony nazwą lub marką sprzedawcy lub producenta o minimalnej cenie zakupu 50 euro, zakupiony przez Ubezpieczonego wyłącznie do użytku prywatnego (w tym prezenty), którego kosztem obciążono w całości Kartę Ubezpieczonego podczas pojedynczej transakcji w sklepie, który nie jest wyszczególniony jako przedmiot nieobjęty ochroną. W przypadku, gdy zakup został opłacony tylko częściowo za pomocą Karty, kwota do wypłaty zostanie zmniejszona proporcjonalnie do kwoty zapłaconej za pomocą karty objętej ubezpieczeniem.
2. Ubezpieczyciel wypłaci różnicę pomiędzy pierwotną ceną zapłaconą za przedmiot objęty ochroną, a obniżoną ceną sprzedaży tożsamego przedmiotu oznaczonego co do gatunku (ta sama data produkcji, marka, model, jak również identyczne akcesoria), który można znaleźć w sklepie, w przypadku gdy informacja o obniżonej cenie zostanie odkryta przez Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od zakupu, a różnica będzie wynosić co najmniej 50 euro.
3. Suma ubezpieczenie wskazana jest w Tabeli świadczeń i limitów.

Artykuł 44. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny:

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny nie zapewnia ochrony w odniesieniu do:
   1) Przedmiotów o wartości mniejszej niż 50€;
   2) Przedmioty zakupione po obniżonej cenie poza Krajem stałego zamieszkania;
   3) Przedmioty sprzedawane w ramach jednej sieci sklepów;
   4) Przedmioty używane przed zakupem, przerobione, pochodzące z rynku wtórnego lub zakupione przez Ubezpieczonego nielegalnie;
   5) Usługi lub wszelkie przedmioty niematerialne;
   6) Gotówka, czeki podróżne, bilety, dokumenty, waluta, instrumenty zbywalne, różnego typu akcje, kruszec w sztabach, srebro i złoto;
   7) Dzieła sztuki, antyki, futra, numizmaty, znaczki i przedmioty kolekcjonerskie;
   8) Biżuteria oraz metale i kamienie szlachetne;
   9) Przedmioty kupione przez Internet, na specjalne zamówienie lub ze sprzedaży wysyłkowej;
   10) Zwierzęta, żywe rośliny lub inne organizmy żywe;
   11) Towary konsumpcyjne lub łatwo psujące się, paliwo;
   12) napędy bram garażowych i alarmy;
   13) Komputery, laptopy, tablety, e-czytniki, telefony komórkowe;
   14) pojazdy silnikowe, rowery, jednostki pływające, przyczepy turystyczne, ciągniki, poduszkowce, samoloty oraz akcesoria i części do nich, jak również artykuły eksploatacyjne konieczne do ich użytku i konserwacji;
   15) Przedmioty przeznaczone do celów biznesowych, profesjonalnych lub handlowych;
   16) Odzież;
   17) Wakacje lub wycieczki;

18) Grunty, nieruchomości, budynki lub mieszkania;
19) Przedmioty z licytacji, w tym licytacji internetowych oraz kanałów telewizyjnych;
20) Przedmioty dostępne wyłącznie na stronie internetowej i niedostępne w tej samej cenie w sklepie;
21) Przedmioty zakupione w związku z zakończeniem działalności, wyprzedażą posezonową lub sprzedaż wyłącznie za gotówkę;
22) Przedmioty wykonane na zamówienie lub przerobione zgodnie z indywidualnymi potrzebami klienta;
23) Sprzęt lub wyroby medyczne, związane z opieką zdrowotną, optyczne, stomatologiczne lub produkty farmaceutyczne;
24) Opłaty związane z podatkami, dostawą, wysyłką, przeładunkiem lub inne opłaty administracyjne;
25) Koszty leczenia;
26) Niewłaściwie wycenione przedmioty, błędy lub pominięcia;
27) Przedmioty ze stref wolnocłowych, stref niskich podatków lub nieopodatkowane;
28) Zakupy dokonane przez pracowników, dyrektorów zarządzających lub właścicieli sklepu lub punktu sprzedaży; w którym zakupiono przedmiot objęty ochroną oraz ich małżonków lub sklepu lub punktu sprzedaży, w którym wykryto różnicę w cenie.

2. Pozostałe wyłączenia:
1) Za przedmiot należy zapłacić w całości przy użyciu objętej ubezpieczeniem Karty;
2) Przedmiot należy zakupić w sklepie, który fizycznie istnieje w Kraju stałego zamieszkania;
3) Objęte ochroną są wyłącznie przedmioty przeznaczone do użytku prywatnego;
4) Gwarancja najlepszej ceny obejmuje wyłącznie roszczenia nieobjęte innymi odpowiednimi gwarancjami niskiej ceny, polisami ubezpieczeniowymi lub odszkodowawczymi z zastrzeżeniem określonych limitów odpowiedzialności.

Część L) Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych

Artykuł 45. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia utraty kluczy i Dokumentów osobistych

1. Przedmiotem ubezpieczenia są Dokumenty osobiste oraz klucze do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz klucze do pojazdów należących do Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest utrata Dokumentów osobistych i/lub kluczy do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, czy kluczy do pojazdów należących do Ubezpieczonego, wraz z jednoczesna utratą Karty, do której doszło w wyniku Kradzieży z włamaniem lub Kradzieży bezpośredniej z użyciem groźby lub siły wobec Ubezpieczonego.
3. Z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości faktycznie poniesionych kosztów wyrobienia nowych Dokumentów osobistych oraz wymiany kluczy i zamków, nie wyższego jednak niż do maksymalnej wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Tabeli świadczeń i limitów.

Artykuł 46. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia utraty kluczy i Dokumentów osobistych

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych nie zapewnia ochrony w odniesieniu do:
1) Kradzieży z pojazdu przeznaczonego do celów handlowych, pojazdu typu kabriolet lub z miękkim dachem.
2) utraty przedmiotów na skutek zdarzeń inny niż Kradzież
3) sytuacji, gdzie do Kradzieży doszło z powodu nieuwagi Ubezpieczonego poprzez pozostawienie przedmiotów bez nadzoru w miejscu publicznym.
4) Kradzieży podczas transportu bagażu powierzonego profesjonalnemu przewoźnikowi
5) sytuacji, gdzie do Kradzieży doszło na terenie Miejsca zamieszkania, hotelu, w wynajmowanej kwaterze lub obiekcie sportowym, chyba że policja stwierdzi Kradzież z włamaniem

Artykuł 47. Obowiązki Ubezpieczonego

1. Obowiązki Ubezpieczonego wynikające z postanowień niniejszego artykułu dotyczą także osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązany jest:
1) złożyć stosowne zawiadomienie o Kradzieży do właściwych organów władzy (policja) niezwłocznie w terminie 24 godzin od chwili uzyskania wiedzy Zdarzeniu ubezpieczeniowy o oraz uzyskać i zachować protokół takiego zawiadomienia, wskazujący co najmniej oznaczenie utraconych przedmiotów, z informacjami na temat ich rodzaju i ilości oraz co najmniej orientacyjnej wartości;
2) zabezpieczyć dostępne dokumenty i dowody potwierdzające okoliczności zdarzenia (w tym również przedmioty zniszczone) w celu przedstawienia ich Ubezpieczycielowi, bądź policji;
3) skontaktować się z Bankiem Alior Bank S.A. w celu zastrzeżenia utraconej Karty;
4) niezwłocznie skontaktować się z Centrum Pomocy Assistance i złożyć zawiadomienie o Zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz doręczyć Ubezpieczycielowi pisemne zgłoszenie szkody zawierające:
a) dane Ubezpieczonego i kraty;
b) opis okoliczności zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
c) listę przedmiotów, które utracone, poświadczoną przez właściwe organy władzy (policję) w toku zgłoszenia złożonego zgodnie z ust. 2, pkt 1 niniejszego artykułu,
d) dokumenty potwierdzające szkodę, którymi są między innymi wszelkie potwierdzenia, zawiadomienia lub kopie zgłoszeń Kradzieży złożone właściwym organom władzy i podmiotom zainteresowany na terenie, których doszło do Kradzieży (hotel, w wynajmowana kwatera lub obiekt sportowy);
e) dokument poświadczający złożenie zawiadomienia w Banku Alior Bank S.A. o utracie Karty;
f) rachunki i potwierdzenia ich opłaty za wyrobienie nowych Dokumentów osobistych oraz wymianę kluczy i zamków;
g) kopia nowo wydanych Dokumentów osobistych.

Ubezpieczenie Podróży dla Posiadaczy karty kredytowej WORLD ELITE MASTERCARD ALIOR BANK

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce. z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1, KRS 0000320749

Produkt: Pakiet ubezpieczeń podróżnych

Szczegółowe informacje związane z ubezpieczeniem znajdują się w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Podróży dla Posiadaczy karty kredytowej WORLD ELITE MASTERCARD ALIOR BANK (dalej „SWU"), obowiązujących od dnia 01.07.2024 r. oraz grupowej umowie ubezpieczenia.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie podróży adresowane jest do osób fizycznych będących Klientami Alior Bank S.A. korzystających z karty Mastercard World Elite oraz podróżujących za granicę (poza teren Polski i kraj stałego zamieszkania), których stan zdrowia pozwala na odbycie podróży i którzy podróżują przez okres krótszy niż 60 kolejnych dni.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest:

1) ochrona od strat finansowych lub nieprzewidzianych wydatków poniesionych w związku:
   - ✓ z koniecznością odwołania lub skrócenia podróży (Część C)
   - ✓ z opóźnieniem odjazdu/ odlotu środka transportu (Część D)
   - ✓ z opóźnieniem dostarczenia bagażu (Część E)
   - ✓ z utratą lub uszkodzeniem mienia (Część I; Część J)
   - ✓ z utratą kluczy i dokumentów (Część L)
2) pokrycie kosztów:
   - ✓ leczenia powstałych w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem (Część F)
3) wypłata świadczenia odszkodowawczego z tytułu:
   - ✓ odbytej hospitalizacji (Część G)
   - ✓ następstwa nieszczęśliwego wypadku (Część H)
   - ✓ gwarancji najlepszej ceny (Część K)

Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację świadczeń informacyjnych i pomocowych (Część A i Część B), wypłatę odszkodowań lub organizację i pokrycie kosztów usług określonych umową ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

W szczególności ubezpieczenie nie obejmuje:

- × zdarzeń, które nie zostały wskazane w SWU lub nie spełniających definicji Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- × chorób przewlekłych, planowego leczenia, leczenia przekraczającego zakres niezbędny do ustabilizowania stanu zdrowia Ubezpieczonego do tego stopnia, aby był on w stanie kontynuować leczenie w Kraju stałego zamieszkania,
- × szkód powstałych na skutek umyślnego działania Ubezpieczonego lub w związku z umyślnym działaniem osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
- × szkód powstałych na skutek rażącego niedbalstwa, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności,
- × zdarzeń związanych z aktywnością sportową nieobjętą podstawową ochroną ubezpieczeniową (tabela sportów chronionych znajduje się w SWU), wykonywaniem Pracy fizycznej, leczeniem związanym z następstwami lub zaostrzeniami Chorób przewlekłych,
- × zdarzeń powstałych na skutek epidemii, z wyłączeniem Zachorowania na COVID-19,
- × gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w trakcie Podróży rozpoczętej przez Ubezpieczonego po opublikowaniu przez Światową Organizację Zdrowia lub Ministerstwo Spraw Zagranicznych Rzeczypospolitej Polskiej informacji, iż nie zaleca się podróżowania do danego państwa lub regionu,
- × zdarzeń będących następstwem znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu.

Ubezpieczenie nie stanowi ubezpieczenia zdrowotnego, nie zastępuje publicznego ubezpieczenia zdrowotnego w żadnym kraju świata.
Szczegółowe postanowienia dotyczące zakresu wyłączeń i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela zawarte są w Artykule 8, w dalszych postanowieniach części szczególnych SWU, oraz w Tabeli świadczeń i limitów.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

! Ubezpieczyciel odpowiada maksymalnie do Sumy ubezpieczenia ustalonej dla danego ryzyka i limitów dla poszczególnych świadczeń określonych w SWU (Tabeli świadczeń i limitów).

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Zakres terytorialny ochrony ubezpieczeniowej obejmuje cały świat.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego należy:

- zawiadomić Centrum Pomocy Assistance (CPA) o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego,
- podać CPA dostępne informacje, niezbędne do udzielenia należnej pomocy z zakresu świadczeń oraz postępować zgodnie z dyspozycjami CPA,
- przekazać CPA dokumenty, o które CPA wnioskuje,
- upoważnić CPA do otrzymania wglądu w dokumentację medyczną oraz inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej lub wysokości świadczenia/odszkodowania.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Ubezpieczony nie opłaca składki ubezpieczeniowej. Obowiązek opłacenia składki ciąży na Ubezpieczającym (Alior Bank S.A. z siedzibą przy ul. Łopuszańskiej 38 D, 02-232 w Warszawie) na podstawie umowy ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Okres trwania ochrony ubezpieczeniowej to maksymalnie 60 dni następujących kolejno po sobie.

Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest pokrycie kosztów za Podróż Ubezpieczonego za pomocą karty Mastercard World Elite Alior Bank S.A. Poprzez pokrycie Kosztów Podróży rozumie się dokonanie płatności przy użyciu Karty w ramach co najmniej jednej z poniższych czynności:

- zakupu biletu w międzynarodowym transporcie drogowym, kolejowym, morskim lub lotniczym, obsługiwanym przez przewoźnika zawodowego (także jeżeli bilet dotyczy części Podróży),
- zakupu wycieczki zagranicznej w biurze podróży lub uiszczenia zaliczki na jej poczet;
- opłacenia zakwaterowania w Podróży; przy czym musi nastąpić obciążenie Karty kosztami noclegu (rezerwacja pobytu poprzez podanie numeru Karty nie jest jednoznaczna z dokonaniem płatności);
- zatankowania samochodu, którym Posiadacz karty udaje się w Podróż, przy czym tankowanie musi się odbyć na terytorium Polski maksymalnie w ciągu 12 godzin poprzedzających przekroczenie granicy Polski; dodatkowo wymagane jest udokumentowanie pobytu poza granicami Polski w postaci potwierdzenia wypłaty gotówki w bankomacie lub innej transakcji bezgotówkowej dokonanej Kartą w ciągu 24 godzin od daty dokonania płatności za paliwo;
- wynajmu samochodu poza granicami Polski.

Ochrona ubezpieczeniowa oraz prawo do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia:

1) dla Części A i B: Assistance podróżny oraz Części C: w zakresie Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z udziału w Podróży rozpoczyna się w dniu opłacenia Podróży, a kończy się w momencie rozpoczęcia Podróży poprzez odjazd/odlot pierwszym środkiem transportu lub wraz z godziną odlotu/odjazdu wskazaną na bilecie na środek transportu;
2) dla Części C: w zakresie Ubezpieczenia kosztów wcześniejszego powrotu z Podróży, rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem Podróży poprzez odjazd/ odlot pierwszym środkiem transportu, zaś kończy się w przeddzień zakończenia danej Podróży, najpóźniej jednak o godzinie 24:00 w przeddzień 60-ątego dnia Podróży;
3) dla Części D: Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu, Części E: Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego, Części H: Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków, 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-tym dniu Podróży;
4) dla Części F: Ubezpieczenie kosztów leczenia, Części G: Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji, Części I: Ubezpieczenie gotówki wypłaconej w bankomacie, rozpoczyna się od momentu przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy RP, bądź granicy jego Kraju stałego zamieszkania przy wyjeździe, a kończy się w chwili przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy RP, bądź granicy jego Kraju stałego zamieszkania przy powrocie, najpóźniej jednak o godzinie 24:00 w 60-tym dniu Podróży;
5) dla Części J: Ubezpieczenie utraty zakupów rozpoczyna się w chwili dokonania zakupu danego przedmiotu przy użyciu karty Mastercard World Elite Alior Bank i kończy się po upływie 90 dni licząc od dnia zakupu;
6) dla Części K: Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny - rozpoczyna się w chwili dokonania zakupu danego przedmiotu przy użyciu karty Mastercard World Elite Alior Bank i kończy się po upływie 30 dni licząc od dnia zakupu;
7) dla Części L: Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy o kartę Mastercard World Elite Alior Bank, a kończy się z upływem jej okresu ważności.

Jak rozwiązać umowę?

Umowa ubezpieczenia zawarta została przez Ubezpieczającego (Alior Bank S.A.). Ubezpieczony nie może jej rozwiązać, ale przysługuje mu prawo rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie jej trwania poprzez złożenie oświadczenia woli o rezygnacji albo zamknięcie rachunku karty Mastercard World Elite wydanej przez Alior Bank S.A.

BROSZURA INFORMACYJNA - PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Prawidłowe przetwarzanie Państwa danych osobowych jest dla naszej firmy sprawą wysokiej wagi. W związku z tym w niniejszym dokumencie przekazujemy Państwu szczegółowe informacje o tym, dlaczego i w jakim celu przetwarzamy Państwa dane osobowe, jakie prawa przysługują Państwu w związku z ich przetwarzaniem oraz wszelkie inne informacje w tym zakresie, które mogą być dla Państwa istotne.

1. ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem Państwa danych osobowych jest Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli działającą w Polsce poprzez Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Giełdowa 1, 01-211 Warszawa (dalej: „Ubezpieczyciel" lub „AXA"). Ubezpieczyciel jest częścią międzynarodowej Grupy AXA. Adres strony internetowej www.axa-assistance.pl. W ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel pełni funkcję administratora danych, tj. określa, w jaki sposób i w jakim celu Państwa dane są wykorzystywane.

2. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Ubezpieczyciel korzysta z usług inspektora ochrony danych, który nadzoruje poprawne przetwarzanie danych osobowych. Wszelkie niezbędne wzory ewentualnych próśb i wniosków dotyczących ochrony danych osobowych znajdują się na stronie internetowej www.axa-assistance.pl/iodo/.
Mogą się Państwo skontaktować z IODO w sposób odpowiadający Państwa preferencjom i możliwościom:

- drogą mailową iodo@axa-assistance.pl,
- przez formularz kontaktowy na stronie www.axa-assistance.pl,
- listownie, pisząc na adres:
  ul. Giełdowa 1, 01-211 Warszawa.

Mogą Państwo skontaktować się z inspektorem ochrony danych w przypadku wszelkich pytań dotyczących przetwarzania Państwa danych oraz w celu wykonania przysługujących Państwu niżej wymienionych praw.

3. CELE I PODSTAWY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane do następujących celów:

- zawarcie i realizacja umowy ubezpieczenia oraz przeprowadzenie oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawę prawną do przetwarzania danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia stanowią przepis prawa oraz cele w postaci zawarcia i realizacji umowy;
- bezpośredni marketing produktów i usług administratora, w tym przetwarzanie danych do celów analitycznych oraz do celów profilowania przed zawarciem umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest ich przetwarzanie w uzasadnionym interesie administratora; Uzasadniony interes administratora oznacza prowadzenie marketingu bezpośredniego jego usług;
- bezpośredni marketing produktów i usług administratora, w tym przetwarzanie danych do celów analitycznych oraz do celów profilowania po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest zgoda, którą mogą Państwo nam dostarczyć;
- wykonywanie zobowiązań administratora związanych z obowiązkami sprawozdawczymi – podstawą prawną przetwarzania są obowiązki prawne wynikające z przepisów prawa;
- cele księgowe, podatkowe i związane z naliczaniem opłat – podstawą prawną przetwarzania są obowiązki prawne wynikające z przepisów prawa;
- dochodzenie i obsługa roszczeń związanych z umową ubezpieczenia lub obroną prze roszczeniami – podstawą prawną przetwarzania jest realizacja prawnie uzasadnionego interesu administratora;
- jako środek zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych są obowiązki prawne wynikające z przepisów prawa;
- reasekuracja ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność jego przeprowadzenia w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; prawnie uzasadniony interes administratora dotyczy obniżenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową poprzez reasekurację.

4. ODBIORCY LUB KATEGORIE ODBIORCÓW DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane następującym kategoriom odbiorców:

- podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa, w tym innym ubezpieczycielom w związku z roszczeniami regresowymi i reasekuratorom,
- podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi podmiotom realizującym świadczącym wynikające z umowy ubezpieczenia, dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.

Możemy udostępniać Państwa dane osobowe innym podmiotom w ramach międzynarodowej Grupy AXA, które współpracują z nami przy świadczeniu określonych usług, takich jak: likwidacja szkód, nagrywanie rozmów i weryfikacja uprawnień podmiotów do prowadzenia określonej działalności. Wyżej wymienione grupy podmiotów działają w naszym imieniu, przy czym jesteśmy odpowiedzialni za sposób, w jaki wykorzystują one Państwa dane osobowe do ww. celów.
Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe innym podmiotom należącym/wchodzących w skład międzynarodowej Grupy AXA do celów zarządzania kosztami roszczeń, udoskonalania produktów, personalizacji oferty produktowej oraz zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym i wykrywania ich.

5. PRZEKAZYWANIE DANYCH OSOBOWYCH DO PAŃSTWA TRZECIEGO

Państwa dane mogą zostać przekazane do państwa trzeciego w przypadku, gdy jest to niezbędne do realizacji konkretnego świadczenia na mocy zawartej przez Państwa umowy ubezpieczenia oraz kiedy jest to niezbędne do ochrony istotnych interesów Państwa lub ubezpieczonych, zwłaszcza w przypadku umowy ubezpieczenia, w ramach której działamy w celu ochrony zdrowia lub życia. Grupa AXA prowadzi działalność na całym świecie, co wiąże się z tym, że zagraniczne podmioty świadczą na jej rzecz określone usługi. Przy przekazywaniu danych poza Europejski Obszar Gospodarczy i Szwajcarię zapewniamy taki poziom ochrony, który w najbliższym stopniu odpowiada wymogom ochrony danych osobowych obowiązującym w Polsce.

6. OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:

- przez czas obowiązywania umowy a następnie do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
- do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
- do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, lub
- przez okres 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia w celach statystycznych, w tym w celu ustalania na podstawie danych osobowych wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz dla celów rachunkowości Ubezpieczyciela.

Administrator zaprzestanie przetwarzania danych do celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i celów analitycznych, jeżeli zgłoszą Państwo sprzeciw wobec przetwarzania Państwa danych w tych celach. Jeżeli wyrazili Państwo zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów marketingowych, to będą one przechowywane do momentu cofnięcia przez Państwa zgody na przetwarzanie danych osobowych.

7. PRAWA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

Mają Państwo prawo do:

- dostępu do treści swoich danych;
- sprostowania danych (poprawiania);
- usunięcia danych osobowych;
- ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- przenoszenia danych;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

Prawa te przysługują Państwu w przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. (Rozporządzenie). Rozporządzenie ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem lub do celów przetwarzania danych na innej podstawie (przepis prawa, uzasadniony interes administratora).

Są Państwo uprawnieni do złożenia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. INFORMACJA, CZY PODANIE DANYCH OSOBOWYCH JEST WYMOGIEM USTAWOWYM CZY UMOWNYM

Samo zawarcie umowy (przystąpienie do umowy ubezpieczenia) nie zobowiązuje Państwa do przekazania danych osobowych. Podanie danych jest niezbędne do realizacji umowy ubezpieczenia na Państwa rzecz jako osób ubezpieczonych. Odmowa przekazania danych osobowych uniemożliwi zatem wykonanie umowy ubezpieczenia na Państwa rzecz.

9. ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI

Administrator nie przeprowadza zautomatyzowanego podejmowania decyzji i nie przetwarza Państwa danych osobowych w ten sposób.

Ubezpieczenie podróży dla Posiadaczy karty kredytowej World Elite Mastercard Alior Bank Materiał informacyjny

Decyzję o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza SWU, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Rodzaj ubezpieczenia	Grupowe ubezpieczenie podróżne świadczone na podstawie Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem, a Ubezpieczającym.
Ubezpieczyciel	Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli działająca w Polsce poprzez Inter Partner Assistance Oddział w Polsce z siedzibą przy ul. Prostej 68, 00-838 w Warszawie (grupa AXA).
Obowiązki Ubezpieczyciela	Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenia przysługujące z tytułu Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności albo wysokości świadczenia w terminie 30 dni okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie 30 dni.
Obowiązki Ubezpieczającego (Alior Banku)	Alior Bank, który pełni rolę Ubezpieczającego, jest zobowiązany m.in. przekazać Ubezpieczonemu SWU oraz zapoznać go z treścią umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczy ona jego praw i obowiązków a także zapłacić składki w wysokości i na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia.
Ubezpieczony	Posiadacz karty, który zawarł z Bankiem umowę o kartę kredytową World Elite Mastercard i który tą kartą dysponuje, który jednocześnie przystąpił do umowy ubezpieczenia grupowego.
Prawa i obowiązki Ubezpieczonego	Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie trwania ubezpieczenia ze skutkiem na dzień następny po dniu złożenia oświadczenia w tym przedmiocie. Ubezpieczony ma prawo zmienić uposażonego (uprawnionego do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego) w każdym czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest do pokrycia kosztów podróży w celu aktywacji ochrony ubezpieczeniowej wobec danej podróży (na zasadach określonych w SWU). Ubezpieczony (lub osoba występująca w jego imieniu) ma obowiązek niezwłocznego poinformowania Ubezpieczyciela w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Ma również obowiązek, na żądanie Ubezpieczyciela, przekazać stosowane w danej sytuacji dokumenty niezbędne w celu obsługi roszczenia, a także udostępnić Ubezpieczycielowi informacje na temat stanu zdrowia lub przyczyn śmierci. Ubezpieczony jest zobowiązany udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, udzielając wymaganych przez Ubezpieczyciela informacji i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczeń regresowych. *Wszelkie prawa i obowiązki Ubezpieczonego (w tym w odniesieniu do poszczególnych zakresów ubezpieczeń), Ubezpieczającego oraz Ubezpieczyciela określone zostały w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia.*
Wpływ ubezpieczenia na dostępność/ koszt produktu bankowego	Brak wpływu