



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA Zdrowotnego dla obcokrajowców

	RODZAJ INFORMACJI	POSTANOWIENIA OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO DLA OBCOKRAJOWCÓW
1	Przesłanki wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	Artykuł 2 pkt 26), Artykuł 3 ust. 1, 6, Artykuł 5 ust. 1, Artykuł 6 ust. 1, Tabela świadczeń i limitów ;
2	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Artykuł 3. ust. 8, Artykuł 5 ust. 2, Artykuł 6 ust. 1, ust. 3 pkt 4), ust. 4, Artykuł 7 ust. 4 i 5, Artykuł 9, Artykuł 10 ust. 4, Artykuł 11 ust. 12, Artykuł 12 ust. 3, Tabela świadczeń i limitów ;

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

Zdrowotnego dla obcokrajowców

Artykuł 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli działającą w Polsce poprzez Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce wchodzącą w skład grupy AXA, zwaną dalej Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek, wówczas postanowienia niniejszych OWU stosuje się odpowiednio do osoby, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia.

Artykuł 2. Definicje pojęć

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

1. **Akt terrorystyczny** - użycie siły lub przemocy lub groźbę użycia siły lub przemocy przez jakąkolwiek osobę lub grupę ludzi, samodzielnie lub na czująć rzecz lub przy współpracy z jakąkolwiek organizacją lub rządem, popełnione z powodów lub w celach politycznych, religijnych, ideologicznych lub etnicznych, powodujące szkody dotyczące zdrowia ludzkiego, mienia, wartości materialnych lub niematerialnych lub infrastruktury, włącznie z zamiarem wpływania na jakikolwiek rząd, zastraszania ludności lub części ludności.
2. **Centrum Pomocy Assistance** - jednostka organizacyjna zajmująca się w imieniu Ubezpieczyciela organizacją i świadczeniem Ubezpieczonemu usług assistance określonych w niniejszym OWU oraz likwidacją szkód; Adres Centrum Pomocy Assistance: Inter Partner Assistance Polska sp. z o.o. Warszawa, ul. Giełdowa 1.
3. **Cudzoziemiec** - osoba fizyczna nieposiadająca obywatelstwa polskiego.
4. **Klient** - będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, upoważniony lub uprawiony z umowy ubezpieczenia.
5. **Kraj stałego zamieszkania Ubezpieczonego** - kraj, w którym Ubezpieczony zamieszkuje przez okres co najmniej jednego roku bezpośrednio poprzedzającego zawarcie umowy ubezpieczenia i w którym koncentruje się jego życie osobiste i zawodowe, lub w którym objęty jest publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym. Krajem zamieszkania nie jest kraj, w którym dana osoba przebywa w celu kształcenia się lub do którego jest oddelegowana do pracy;
6. **Nagle zachorowanie** - nagłe zaburzenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w Okresie ubezpieczenia, które ze względu na swój charakter stanowi bezpośrednio zagrożenie dla życia lub zdrowia Ubezpieczonego niezależnie od jego woli i wymaga niezbędnego i bezwłocznego 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.
7. **Nieszczęśliwy wypadek** - niespodziewane i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w Okresie ubezpieczenia, które ze względu na swój charakter stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli doznał urazu, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł.
8. **Okres ubezpieczenia** - okres, na który zawarto Ubezpieczenie wskazany w polisie.
9. **Osoba bliska** - osoba pozostająca z Ubezpieczonym w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego we wspólnym gospodarstwie domowym, będąca dla Ubezpieczonego:
 - 1) małżonkiem lub osobą pozostającą z nim w konkubinacie,
 - 2) dzieckiem, pasierbem, dzieckiem przysposobionym lub przyjętym na wychowanie,
 - 3) rodzicem, przysposabiającym, teściem, teściową, ojczymem, macochą,
 - 4) dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową.
10. **Osoba uprawniona** - osoba, która w wyniku Zdarzenia ubezpieczeniowego uzyskuje prawo do otrzymania Świadczeń ubezpieczeniowych.
11. **Publicznie organizowane zawody sportowe** - zawody organizowane przez jakąkolwiek organizację zajmującą się kulturą fizyczną, klub sportowy, jak również wszelkie przygotowania do takiej działalności lub uprzednio zorganizowana wyprawa w celu osiągnięcia specjalnych osiągnięć sportowych.
12. **Reklamacja** - wystąpienie Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
13. **Sporty ekstremalne** - obejmują wszystkie Sporty zwykłe i Sporty wysokiego ryzyka w związku z Wyczynowym ich uprawianiem lub podczas udziału w Publicznie organizowanych zawodach sportowych i przygotowaniach do nich oraz poniżej wymienione sporty uprawiane zarówno na poziomie rekreacyjnym, jak i wyczynowym lub w związku z Zawodowym uprawianiem sportu lub podczas udziału w Publicznie organizowanych zawodach sportowych i przygotowaniach do nich: aikido, judo, karate, taekwondo, kickbox i inne sztuki walki, narciarstwo akrobatyczne, alpinizm, boks, wrestling, zapasy grecko-rzymskie i inne zapasy, canyoning, four cross, freeride, freeskiing, freestyle, heliskiing, wspinaczka górską, jachting - rejsy morskie, kajakerstwo górskie stopnia trudności WW4 i WW5, wspinaczka po lodospadach, wspinaczka lodowa na sztucznej ścianie (icebreaker), wspinaczka na sztucznej ścianie, moguls, monoski, paralotniarstwo i lotniarstwo (rogallo), skoki spadochronowe, nurkowanie z aparatem oddechowym na głębokości większej niż 40 metrów przy założeniu, że Ubezpieczony jest posiadaczem potrzebnego certyfikatu (uprawnień) do takiej aktywności, nurkowanie z rekinami, rafting stopnia trudności WW4 i WW5, łyżwiarstwo szybkie, jazda na saniach po wyznaczonych trasach, jazda na bobslejach na wyznaczonych trasach,

- snowtubbing na wyznaczonych trasach, zjazdy na rowerach górskich, skialpinizm, skiboby, skitouring, skoki na linie - bungee jumping, snowboarding poza wyznaczonymi trasami, snowkiting, snowrafting, snowtrampoline, speleologia, street luge, turystyka lub trekking o stopniu trudności powyżej 3 UIAA przy użyciu sprzętu odpowiedniego dla danego stopnia trudności lub ruchu i pobyt na wysokości powyżej 5 000 m nad poziomem morza, via ferrata stopnia trudności D i E.
14. **Sporty wysokiego ryzyka** obejmują wszystkie Sporty zwykłe uprawiane w związku z Wyczynowym uprawianiem sportu lub podczas udziału w Publicznie organizowanych zawodach sportowych i przygotowaniach do nich jak i poniżej podane sporty uprawiane zarówno na poziomie rekreacyjnym, jak i wyczynowym lub w związku z Wyczynowym uprawianiem sportu lub podczas udziału w Publicznie organizowanych zawodach sportowych i przygotowaniach do nich: kosmiczne koło, Rock'n'Roll akrobatyczny, futbol amerykański, lekkoatletyka włącznie ze skokiem o tyczce oraz pięć-, siedmio- i dziesięciobojem, balet, biathlon, kolarstwo BMX, bouldering, różne odmiany human hamster ball, buggykiting, kolarstwo crossowe, cyklotrial, wyścigi konne, duathlon, flying fox, sport strażacki (włącznie z ćwiczeniami służb ratowniczych), szermierka historyczna (bojowa), hokej na lodzie, hokej na trawie, hokej uliczny, jachting - rejsy przybrzeżne, jazda na rampie „U” (łyżworolki, skateboard), jazda na skuterach wodnych/śnieżnych, kajakerstwo górskie stopnia trudności WW2 i WW3, kiteboarding, kitesurfing, kiting, łyżwiarstwo figurowe, jazda figurowa, quadrathlon, lacrosse, łucznictwo, polowanie lub gonitwy sportowe (za wyjątkiem polowań na egzotyczne dzikie zwierzęta), minibikey, mini gokarty, gokarty, sporty wodne uprawiane przy użyciu sprzętu silnikowego, mountainboarding na wyznaczonych trasach, paintball, parasailing, pięciobój nowoczesny, rugby podwodne, pole dance, nurkowanie z aparatem oddechowym w miejscach o głębokości do 40 metrów z instruktorem lub bez instruktora przy założeniu, że Ubezpieczony jest posiadaczem potrzebnego certyfikatu (uprawnień), zaprzęgi psie i konne, rafting stopnia trudności WW2 i WW3, ragby, rope jumping, wędkowanie z łódki lub wędkarstwo sportowe, jazda szybka na łyżworolkach, safari, kajakerstwo morskie, trójboj siłowy, powerbocking, skateboarding, skiatlon, skoki do wody, hokej sledge, snow bungee kayaking, snow bungee rafting, gimnastyka sportowa, strzelectwo sportowe (strzelanie do tarczy przy użyciu broni palnej), surfing, windsurfing, trampolina, triathlon (włącznie z ironman), turystyka wysokogórska lub trekking na oznaczonych szlakach w terenie o stopniu trudności maks. 3 UIAA przy użyciu sprzętu odpowiedniego do określonego stopnia trudności lub pobyt i ruch na wysokości od 3 000 do 5 000 m nad poziomem morza, via ferrata stopnia trudności B i C, wysokie przeszkody linowe (do 10 m), podnoszenie ciężarów, wakeboarding, wally ball, zorbing.
 15. **Sporty zwykłe** - następujące rodzaje zwykłej, wypoczynkowej aktywności sportowej oraz sporty uprawiane na poziomie rekreacyjnym: aerobic, airsoft, aquaerobic, badminton, baseball, koszykówka, bieg, biegi na nartach po wyznaczonych szlakach, boccia, bowling, brydż, jazda na łyżwach na lodzie, bumerang, bungee running, trampolina bungee, curling, kolarstwo, turystyka rowerowa, dragon boat - łódzie smocze, fitness i bodybuilding, unihokey, football, piłka nożna, frisbee, goalball, golf, piłka ręczna, kolarstwo górskie (za wyjątkiem zjazdów), cheerleaders, jazda na rolkach in-line, jazda konna, jazda na słońcu lub wielbłądzie, jazda na bananie wodnym, jazda na rowerze wodnym, joga, kajakerstwo górskie o stopniu trudności WW1, gry karciane i inne stołowe gry towarzyskie, cardio kickbox, jazda na hulajnodze, piłka rowerowa, korfbal, krykieta, snooker, kulki, kulturystyka, kregle, narciarstwo na wyznaczonych trasach, eisstoczek, niskie przeszkody linowe (do 1,5 m), mini trampolina, gimnastyka artystyczna, siatkówka nożna, bieg na orientację (także z odbiornikiem radiowym), pétanque, pływanie, siatkówka plażowa, nurkowanie z aparatem oddechowym w miejscach o głębokości 10 metrów z instruktorem lub bez instruktora przy założeniu, że Ubezpieczony jest posiadaczem potrzebnego certyfikatu (uprawnień), rafting o stopniu trudności WW1, wędkarstwo z brzoğu, showdown, snowboarding na wyznaczonych szlakach włącznie z parkami śnieżnymi, softball, spinning, modelarstwo sportowe, squash, piłkarzyki, hokej stołowy, tenis stołowy, koszykówka uliczna (streetball), pływanie synchroniczne, szachy, szermierka (klasyczna), lotki, nurkowanie z ręką, taniec towarzyski, tenis, taijiquan, czukbol, wioślarstwo, narty wodne, piłka wodna, siatkówka, turystyka lub trekking w niezbyt wymagającym terenie o stopniu trudności najwyżej 1UIAA i na wyznaczonych szlakach bez użycia sprzętu wspinaczkowego lub ruchu i pobyt na wysokości do 3 000 m nad poziomem morza, via ferrata stopnia trudności A, żonglowanie (diabolo, fireshow, juggling, yoyo). Uprawianie Sportów zwykłych na poziomie rekreacyjnym jest objęte zakresem niniejszego Ubezpieczenia Podróży bez podwyższania podstawowej stawki składki ubezpieczeniowej.
 16. **Strefa Schengen** - obszar terytorialny, na którym zniesiono kontrolę granic wewnętrznych oraz zagwarantowano stosowanie wspólnej polityki ochrony granicy zewnętrznej, ochrony danych osobowych, współpracy pomiędzy służbami policyjnymi państw - sygnatariuszy, w szczególności prawa do pościgu transgranicznego, wspólnej polityki wydawania wiz cudzoziemcom, ekstradycji/wydawania osób między państwami i swobodę przemieszczania się osób, obowiązujący na podstawie porozumienia zawartego w dniu 14 czerwca 1985 r. w Luksemburgu i dokumentów uzupełniających.
 17. **Świadczenie ubezpieczeniowe** - świadczenie, do udzielenia którego Ubezpieczyciel zobowiązany jest w przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczonego w zakresie zgodnym z niniejszymi OWU i umową ubezpieczenia.
 18. **Tabela świadczeń i limitów** - zestawienie sumy ubezpieczenia i limitów Świadczeń ubezpieczeniowych dla Ubezpieczenia Tabela świadczeń i limitów stanowi integralną część OWU.
 19. **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia.
 20. **Ubezpieczony (Osoba ubezpieczona)** - Cudzoziemiec, którego interes prawny określony w niniejszych OWU jest przedmiotem ubezpieczenia.
 21. **Wyczynowe uprawianie sportu** - forma aktywności fizycznej polegająca na

uprawianiu dyscyplin sportu w celu uzyskania, w drodze rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju klubów, związków i organizacji sportowych, również uczestnictwo w treningach, zgrupowaniach, obozach szkoleniowych.

22. **Zaniedbanie profilaktyki** - sytuacja, w której Ubezpieczony nie odbywa regularnie (tj. co najmniej raz w roku) profilaktycznych badań dentystycznych lub ginekologicznych.
23. **Zawodowe uprawianie sportu** - osiągnięcie wyników sportowych w zamian za zapłatę lub inne wynagrodzenia, na podstawie umowy z organizacją sportową, lub aktywność sportowa uprawiana za wynagrodzeniem, będącym źródłem dochodów sportowca. Do celów niniejszego ubezpieczenia do profesjonalnych sportowców zaliczamy także członków zespołu sportowego.
24. **Zdarzenie losowe** - zdarzenie, co do którego można zasadnie przyjąć, że mogłoby zaistnieć w Okresie ubezpieczenia, jednak w czasie zawierania ubezpieczenia nie wiadomo, czy i kiedy nastąpi.
25. **Zdarzenie szkodowe** - okoliczność, która spowodowała powstanie szkody i która mogłaby być powodem do powstania prawa do Świadczeń ubezpieczeniowych.
26. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - Zdarzenie losowe objęte zakresem ubezpieczenia, określone w niniejszych OWU, które nastąpiło w Okresie ubezpieczenia i na podstawie którego powstaje obowiązek Ubezpieczyciela do udzielenia Ubezpieczonemu lub osobie trzeciej Świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU. 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 ubezpieczenia i zakres Ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest pokrycie lub refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego, jeżeli:
 - a. Zdarzenie szkodowe w związku z którym konieczne jest leczenie miało miejsce na terytorium państwa należącego do Strefy Schengen oraz
 - b. leczenie prowadzone jest na terytorium kraju należącego do Strefy Schengen, który nie jest Krajem stałego zamieszkania Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie może zostać zawarte na Okres ubezpieczenia będący wielokrotnością okresów miesięcznych, w minimalnym wymiarze czasowym 1 miesiąca, a maksymalnie do 36 miesięcy.
3. Ubezpieczenie obejmuje następujące rodzaje podróży:
 - 1) podróż lub pobyt w celach edukacyjnych;
 - 2) podróż turystyczna czyli pobyt w celach rekreacyjnych lub krajoznawczych, pobyt o charakterze wypoczynkowym lub związanym z aktywnością rekreacyjną lub sportową nieukierunkowana na poprawę wyników sportowych;
 - 3) podróż służbowa – niezależnie od stosunku prawnego na podstawie, którego praca jest świadczona pobyt o charakterze pracy biurowej lub pracy fizycznej
4. Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie w formie ubezpieczenia indywidualnego – gdzie Ubezpieczonym jest wyłącznie jedna osoba.
5. Ubezpieczenie obejmuje Ubezpieczenie Kosztów Leczenia (UKL); Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty leczenia Ubezpieczonego, który podczas podróży lub pobytu na terytorium Strefy Schengen musiał poddać się leczeniu.
6. Za Zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, do którego doszło w okresie ubezpieczenia i które wymaga niezbędnego i niezwłocznego podjęcia leczenia.
7. Ubezpieczyciel pokrywa związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym niezbędne, nieuniknione i celowe koszty leczenia lub zabiegu, łącznie z przeprowadzeniem bezpośrednio z nim związanych procedur diagnostycznych, które są zalecone przez lekarza i mają na celu ustabilizowanie stanu zdrowia Ubezpieczonego do tego stopnia, aby był on w stanie kontynuować podróż lub wrócić do Kraju stałego zamieszkania, aby kontynuować leczenie.
8. Za koszty leczenia objęte zakresem niniejszego ubezpieczenia uważa się:
 - 1) badania niezbędne do postawienia diagnozy oraz przyjęcia procedury leczenia;
 - 2) udzielenie niezbędnej pomocy lekarskiej;
 - 3) pobyt w szpitalu (hospitalizacja) - w pokoju standardowym o zwykłym wyposażeniu oraz przy zapewnieniu zwykłej opieki medycznej przez niezbędnie konieczny okres czasu oraz związane z tym pobytom koszty leczenia łącznie z operacją, znieczuleniem, lekami, materiałami i kosztami wyżywienia szpitalnego;
 - 4) leki przepisane przez lekarza w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym odpowiednio do charakteru danego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) pomoc lekarza stomatologa przy ostrych stanach bólowych zębów, leczonych za pomocą ekstrakcji lub z zastosowaniem podstawowego wypełnienia (łącznie z RTG) i zabiegów bezpośrednio mające na celu zmniejszenie bólu związanego ze służówką jamy ustnej, który nie wynika z Zaniedbania profilaktyki, świadczenie to realizowane jest do wysokości limitu podanego w Tabeli Świadczeń i limitów; limit ten nie ogranicza kosztów leczenia stomatologicznego związanego z Nieszczęśliwym wypadkiem.
- 6) transport Ubezpieczonego z miejsca Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania 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 Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania do najbliższej, odpowiedniej placówki medycznej, jeżeli wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego.
- 7) transport od lekarza do placówki medycznej lub z placówki medycznej do innej specjalistycznej placówki medycznej - jeżeli wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego;
- 8) zasadny z przyczyn medycznych transport z placówki medycznej do miejsca pobytu - jeżeli nie można w tym celu zastosować publicznego środka transportu;
- 9) transport (repatriacja) Ubezpieczonego z powrotem na teren Kraju stałego

zamieszkania, jeżeli z przyczyn zdrowotnych nie można było wykorzystać pierwotnie planowanego środka transportu; lekarz Centrum Pomocy Assistance podejmuje decyzji o repatriacji Ubezpieczonego, na podstawie dokumentów od lekarza, który udzielił pomocy oraz innych niezbędnych dokumentów stosownie do oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego, podjętej na podstawie dokumentacji medycznej.

- 10) koszty transportu zwłok Ubezpieczonego na teren Kraju stałego zamieszkania oraz pozostałe niezbędne koszty związane z transportem lub tymczasowym złożeniem zwłok.
9. Jeżeli w wyniku Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie będzie mógł wrócić na teren Kraju stałego zamieszkania w okresie ubezpieczenia Centrum Pomocy Assistance zapewni transport Ubezpieczonego, jak tylko pozwoli na to jego stan zdrowia, okres obowiązywania Ubezpieczenia Kosztów Leczenia zostaje przedłużony automatycznie do chwili przekroczenia granicy zewnętrznej Strefy Schengen.
10. Ubezpieczony przyjmuje do wiadomości i zgadza się z tym, iż Ubezpieczyciel i Centrum Pomocy Assistance w żadnych okolicznościach nie są uprawnieni do zastąpienia organów instytucji udzielających pierwszej pomocy w miejscu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Artykuł 4. Zawarcie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia, prawo do Świadczeń ubezpieczeniowych, Okres ubezpieczenia, składka ubezpieczeniowa

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia za pośrednictwem strony internetowej, szczegółowe informacje o procesie zawarcia umowy ubezpieczenia określone są w Regulaminie zawierania umów ubezpieczenia przez Internet, zwanym dalej Regulaminem, dostępnym na stronie www.axa-assistance-insurance.eu/pl, za pośrednictwem której dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w chwili zapłaty składki w wysokości podanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie ureguluje składki ubezpieczeniowej w terminie podanym we wniosku, wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia traci ważność, a umowę ubezpieczenia uznaje się za niezawartą.
5. Ubezpieczyciel określa wysokość składki ubezpieczeniowej na podstawie taryfy stawek składki ubezpieczeniowej obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, która jest zależna od długości Okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego, indywidualnej oceny ryzyka ewentualnie innych okoliczności mających wpływ na jej wysokość. Składka ubezpieczeniowa, której wysokość podana jest również na polisie, płatna jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia.
6. Uregulowanie składki ubezpieczeniowej oznacza:
 - 1) chwilę, z którą rachunek podmiotu świadczącego usługi płatnicze na rzecz Ubezpieczyciela został uznany składką ubezpieczeniową, jeżeli Ubezpieczający przekazuje składkę ubezpieczeniową Ubezpieczycielowi,
 - 2) chwilę, z którą rachunek podmiotu świadczącego usługi płatnicze na rzecz agenta Ubezpieczyciela został uznany składką ubezpieczeniową, jeżeli Ubezpieczający przekazuje składkę ubezpieczeniową przedstawicielowi Ubezpieczyciela,
 - 3) przekazanie gotówki agentowi Ubezpieczyciela, jeżeli Ubezpieczający przekazuje składkę ubezpieczeniową gotówką agentowi Ubezpieczyciela
 - 4) chwilę, z którą kwota składki ubezpieczeniowej została wysłana na rachunek Ubezpieczyciela przekazem pocztowym, za zapłatę uważa się moment dokonania przekazu w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Ubezpieczyciela potwierdzony dokumentem dokonania przekazu, chwilę złożenia nieodwołalnego zlecenia płatniczego w banku na rzecz rachunku Ubezpieczyciela lub chwilę zapłaty składki ubezpieczeniowej Ubezpieczycielowi w inny udokumentowany i nieodwołalny sposób.
7. Zapłata składki w kwocie niższej niż wskazana w polisie, skutkuje nie zawarciem umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczycielowi należna jest składka ubezpieczeniowa za cały Okres ubezpieczenia.
9. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od godziny 00:00 w dniu wskazanym w polisie jako data początku Okresu ubezpieczenia.
10. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa wraz z:
 - 1) wyczerpaniem sumy ubezpieczenia, lub limitów dla poszczególnych Zdarzeń Ubezpieczeniowych;
 - 2) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
11. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z chwilą upływu Okresu ubezpieczenia, o godz. 23:59 dnia wskazanego w polisie jako data końca Okresu ubezpieczenia;
 - 2) z dniem następującym po dniu otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia zawartej na odległość, na zasadach opisanych w Regulaminie zawierania umów ubezpieczenia przez Internet, zwanym dalej Regulaminem, dostępnym na stronie www.axa-assistance-insurance.eu/pl;
 - 3) jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.
 - 4) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
12. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem Okresu ubezpieczenia za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu przysługują zwrot składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem, że za datę od której liczony jest zwrot składki przyjmuje się w odniesieniu do:
 - 1) ust.11 pkt 2 i 3) niniejszego artykułu - dzień następujący po dniu otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia,
 - 2) ust. 11 pkt 4) niniejszego artykułu - dzień śmierci Ubezpieczonego.
13. Wysokość składki podlegającej zwrotowi za niewykorzystany Okres ubezpieczenia ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego Okresu ubezpieczenia.

14. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia przed upływem Okresu ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
15. Chcąc odstąpić lub wypowiedzieć umowę ubezpieczenia i ubiegać się o zwrot składki Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać do Ubezpieczyciela pisemne oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu umowy.
16. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, osoba ubiegająca się o zwrot składki zobowiązana jest przekazać do Ubezpieczyciela odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego, dokument potwierdzający nabycie prawa do spadku oraz wnioski o zwrot składki ubezpieczeniowej.
17. Oświadczenia o wypowiedzeniu lub odstąpieniu od umowy ubezpieczenia oraz wnioski o zwrot składki muszą być złożone do Ubezpieczyciela wyłącznie w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

Artykuł 5. Zakres terytorialny Ubezpieczenia, osoby Ubezpieczone

1. Ubezpieczenie obejmuje swoim zakresem Zdarzenia szkodowe, które wystąpiły na terytorium Strefy Schengen.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń szkodowych, które miały miejsce na terenie:
 - 1) Kraju stałego zamieszkania Ubezpieczonego lub
 - 2) państwa w, którym Ubezpieczony jest ubezpieczonym w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego; chyba że Zdarzenie szkodowe to miało miejsce na terytorium RP i leczenie odbywa się na terytorium RP
 - 3) państwa, na terenie którego Ubezpieczony znajduje się nielegalnie;
3. Na podstawie niniejszego OWU Ubezpieczenie może zostać zawarte na rzecz Cudzoziemców.

Artykuł 6. Świadczenie ubezpieczeniowe, udział własny

1. Suma ubezpieczenia, lub limit dla poszczególnych rodzajów świadczeń, które wskazano w Tabeli świadczeń i limitów, stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela Ubezpieczonego, na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe. W Tabeli świadczeń i limitów oprócz powyższego podano wysokość udziału własnego Ubezpieczonego, o ile został on ustanowiony.
2. Ustalenie zasadności roszczenia i wysokości świadczenia i odszkodowania następuje na podstawie pełnej dokumentacji, określonej w niniejszych OWU lub wskazanej przez Ubezpieczyciela, przedłożonej przez Ubezpieczonego, Uprawnionego lub osobę trzecią.
3. Zasady ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela:
 - 1) W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, osoba zgłaszająca roszczenie o Świadczenie ubezpieczeniowe powinna niezwłocznie poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela, przedstawiając mu zgodne z prawdą wyjaśnienia dotyczące powstania i następstw takiego zdarzenia, praw osób trzecich oraz wszelkich innych umów ubezpieczenia w zakresie tych samych ryzyk. Ponadto osoba zgłaszająca roszczenie o Świadczenie ubezpieczeniowe powinna przedstawić Ubezpieczycielowi pełną dokumentację, postępując w sposób określony w niniejszych OWU. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie o Świadczenie ubezpieczeniowe nie jest równocześnie Ubezpieczającym lub Ubezpieczonym, obowiązki podane w postanowieniach niniejszego ustępu ciążyą także na Ubezpieczającym i Ubezpieczonym. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych dokumentów.
 - 2) Jeżeli świadczenie jest nienależne albo przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel pisemnie poinformuje o tym fakcie osobę zgłaszającą roszczenie o Świadczenie ubezpieczeniowe albo osobę występującą w jej imieniu, wskazując na okoliczności lub na podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczając o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 - 3) Jeżeli powiadomienie przekazane zgodnie z poprzednimi ustępami zawierało ważne informacje dotyczące zakresu zdarzenia będącego przedmiotem powiadomienia, które zostały świadomie podane w sposób niezgodny z prawdą lub zafalszowany, lub w przypadku świadomego zatajenia informacji dotyczących tego zdarzenia, Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do otrzymania zwrotu kosztów, które zostały w rozsądny sposób wydane w związku z badaniem faktów, których dotyczyły te przekazane lub zatajone informacje.
 - 4) Na żądanie Ubezpieczyciela, w przypadkach uzasadnionych, związanych z ustaleniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela Ubezpieczony lub Osoba uprawniona w przypadku śmierci Ubezpieczonego zobowiązani są udostępnić Ubezpieczycielowi informacje na temat stanu zdrowia Ubezpieczonego i wyrazić zgodę na badanie stanu zdrowia lub przyczyn śmierci Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczony lub Osoba uprawniona nie udzieli takiej zgody lub wycofa udzieloną zgodę w toku ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a okoliczność ta ma istotny wpływ na stwierdzenie lub określenie wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do obniżenia świadczenia ubezpieczeniowego odpowiednio do stopnia w jakim taka okoliczność wywarła wpływ na obowiązek Ubezpieczyciela do udzielenia świadczeń.
 - 5) Stwierdzenie faktów opisanych w poprzednim ustępie odbywa się na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel w tym przypadku pokrywa koszty:
 - a) związane z oględzinami /oceną stanu zdrowia lub badaniem lekarskim;
 - b) podróży w wysokości biletu komunikacji publicznej autobusowej lub kolejowej w drugiej klasie;
 - c) przygotowania raportu lekarskiego, jeżeli jest to wymagane.
 - 6) Jeżeli Ubezpieczyciel nie żąda przeprowadzenia oględzin lekarskich, badania lekarskiego lub wystawienia raportu lekarskiego, nie opłaca związanych z nim kosztów.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie do wysokości sum ubezpieczenia, albo limitów właściwych dla poszczególnych świadczeń, jednak nie więcej niż do wysokości kosztów, jakie poniosłoby Centrum Pomocy Assistance organizując świadczenia.
5. Ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić należne świadczenie w terminie 30 dni,

licząc od daty otrzymania zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

6. Jeśli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 5 niniejszego artykułu okazało się niemożliwe, wówczas świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną w świetle przedłożonych dokumentów część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie określonym w ust. 5 niniejszego artykułu.
7. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w terminach określonych w powyższych ustępach zobowiązany jest do pisemnego zawiadomienia osoby zgłaszającej roszczenie o Świadczenie ubezpieczeniowe albo osoby występującej w jej imieniu informując o przyczynach nie zaspokojenia roszczeń.
8. W przypadku śmierci Ubezpieczonego zasadne świadczenie z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczyciel wypłaci spadkobiercom Ubezpieczonego, na podstawie przedłożonego aktu zgonu, postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku.
9. Na żądanie osoby zgłaszającej roszczenie o Świadczenie ubezpieczeniowe, Ubezpieczyciel zobowiązany jest udostępnić posiadane przez siebie informacje związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym będące podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, okoliczności tego zdarzenia jak i wysokości przyznanego świadczenia.
10. Świadczenie jest wypłacane w walucie obowiązującej w Rzeczypospolitej Polskiej, według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczonego, za wyjątkiem bezpośrednich płatności na rzecz zagranicznych placówek służby zdrowia, zagranicznych poszkodowanych lub innych zagranicznych podmiotów, jeżeli OWU nie zawierają odmiennych postanowień.

Artykuł 7. Roszczenia regresowe

1. Z dniem wypłaty świadczenia (odszkodowania) przez Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego świadczenia (odszkodowania). Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń przed roszczeniami Ubezpieczyciela w stosunku do pozostałej części.
2. Na Ubezpieczyciela nie przechodzą roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędnych informacji i dokumentów oraz umożliwić prowadzenie czynności niezbędnych do dochodzenia roszczeń regresowych.
4. Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył albo w nienależyty sposób wypełnił obowiązki wskazane w ust. 3 niniejszego artykułu Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia (odszkodowania) a Ubezpieczającemu nie przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej.
5. Jeżeli zrzeczenie lub ograniczenie, o którym mowa w ust. 4 niniejszego artykułu zostało ujawnione po wypłacie świadczenia (odszkodowania) Ubezpieczyciel może zażądać od Ubezpieczonego części lub całości wypłaconego świadczenia (odszkodowania).

Artykuł 8. Forma i sposób aktów prawnych, doręczania dokumentów

1. Wszystkie zawiadomienia, oświadczenia i wnioski zmierzające do zmiany lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności.
2. Powiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym kierowane do Centrum Pomocy Assistance powinny być dokonane telefonicznie; zgodnie ze wskazówkami Centrum Pomocy Assistance, w szczególności dotyczącymi przekazania wypełnionego i podpisanego formularza „Powiadomienia o zdarzeniu szkodowym” roszczenia o Świadczenie ubezpieczeniowe przyjmują także formę pisemną.
3. Korespondencja dotycząca dokumentacji związanej z ustaleniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela, może być doręczana za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail Ubezpieczyciela lub osoby zgłaszającej roszczenie o Świadczenie ubezpieczeniowe, ewentualnie faksem na numer faksu Ubezpieczyciela lub osoby zgłaszającej roszczenie o Świadczenie ubezpieczeniowe.
4. Dokumenty, w przypadku których wymagana jest forma pisemna, należy doręczać drugiej stronie zgodnie z postanowieniami niniejszego artykułu.
5. Dokumenty w formie pisemnej są doręczane adresatowi za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres wskazany w polisie lub inny podany przez ubezpieczającego lub osobę zgłaszającą świadczenie.
6. Strony obowiązane są informować się wzajemnie o każdej zmianie adresów. Obowiązującym językiem w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski lub język angielski.

Artykuł 9. Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków, w których Ubezpieczony:
 - 1) jest uczestnikiem wypraw lub ekspedycji w miejsca o ekstremalnych warunkach klimatycznych lub naturalnych lub na rozległe obszary niezamieszkałe (na przykład pustynia, otwarte morze);
 - 2) nie zwolnił z obowiązku zachowania tajemnicy lekarza prowadzącego lub innej instytucji, w przypadku i w zakresie niezbędnym do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela ;
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące 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 względem słuszności;
3. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków, gdy Zdarzenie szkodowe nastąpiło

w związku z:

- 1) zachowaniem chuligańskim Ubezpieczonego lub w związku z działalnością przestępczą;
 - 2) aktywnym lub pasywnym udziałem Ubezpieczonego w konflikcie wojennym, w misjach pokojowych, akcjach bojowych lub wojennych;
 - 3) aktywnym lub pasywnym udziałem w buntach, demonstracjach, powstaniach lub niepokojach, publicznych aktach przemocy, strajkach lub na skutek ingerencji lub decyzji organów administracji publicznej;
 - 4) aktywnym udziałem Ubezpieczonego w Akcie terrorystycznym lub w przygotowaniach do niego;
 - 5) naruszeniem rozporządzeń 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 (kask przy jeździe konnej lub rowerowej, na nartach i na snowboardzie, kask i kamizelka ratunkowa przy sportach wodnych itp.) lub nie posiadał odpowiednich ważnych uprawnień, na przykład prawa jazdy, uprawnień do nurkowania rekreacyjnego itp.;
 - 6) 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;
 - 7) uprawianiem sportów nieobjętych ochroną ubezpieczeniową, w tym:
 - a. wyczynowym uprawianiem Sportów zwykłych lub w związku z Zawodowym uprawianiem sportu lub w ramach udziału w Publicznie organizowanych zawodach sportowych i przygotowaniach do nich;
 - b. uprawianiem Sportów wysokiego ryzyka;
 - c. uprawianiem Sportów ekstremalnych;
 - 8) postępowaniem, w związku z którym Ubezpieczony nie przestrzegał przepisów prawa obowiązujących na terenie danego państwa;
 - 9) wykonywaniem pełnionej funkcji: żołnierza, policjanta, członka innej służby mundurowej lub innej jednostki lub służby bezpieczeństwa;
4. Ponadto ubezpieczenie nie obejmuje przypadków, gdy Zdarzenie szkodowe:
- 1) spowodowane zostało energią jądrową lub zagrożenia o charakterze jądrowym lub w związku z nimi;
 - 2) było znane w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 3) nastąpiło w wyniku samobójstwa, próby samobójczej lub na skutek umyślnego samookałeczenia ciała Ubezpieczonego;
 - 4) nastąpiło w trakcie podróży rozpoczętej przez Ubezpieczonego po opublikowaniu przez, Światową Organizację Zdrowia lub podobną instytucję informacji, iż nie zaleca się podróżowania do danego państwa lub regionu;
 - 5) zostało spowodowane przez skażenie chemiczne lub biologiczne;
 - 6) nastąpiło w trakcie podlegania się pirotechniką lub bronią palną;
5. Oprócz wyłączeń podanych w artykułach poprzedzających niniejszego OWU Ubezpieczenie Kosztów Leczenia nie dotyczy przypadków:
- 1) w których opieka medyczna związana jest z zachorowaniem lub urazem, które wystąpiły w okresie 12 miesięcy poprzedzających Okres ubezpieczenia lub nastąpiły na terenie Kraju stałego zamieszkania przed wyjazdem za granicę, ewentualnie są związane z powikłaniami, które pojawiły się podczas leczenia choroby lub urazu, które nie są objęte niniejszym ubezpieczeniem; zaburzenia stanu zdrowia, którego objawy występowały przed początkiem Okresu ubezpieczenia, nawet w przypadku, kiedy nie było badane przez lekarza ani leczone;
 - 2) w których opieka medyczna jest wskazana i odpowiednia, jednak nie musi być udzielona natychmiastowo i można jej udzielić po powrocie na teren Kraju stałego pobytu;
 - 3) w którym podróz ma na celu rozpoczęcie albo kontynuację rozpoczętego wcześniej leczenia;
 - 4) leczenia objawów związanych z uzależnieniem od alkoholu lub innych substancji, zgodnie z art. 10 ust.3 pkt. 6);
 - 5) badania (łącznie z laboratoryjnymi i ultrasonograficznymi) w celu stwierdzenia ciąży, jej przerwania, jakichkolwiek powikłań ciąży zagrożonej, jakichkolwiek powikłań po 26 tygodniu ciąży, porodu, badania i leczenia bezpłodności i sztucznego zapłodnienia oraz kosztów związanych z antykoncepcją i leczeniem hormonalnym;
 - 6) kosztów opieki stomatologicznej i związanych z nią usług w przypadkach, które nie są nagłe, a ponadto kosztów protez, koronek lub modyfikacji szcęk, aparatów ortodontycznych, mostków, usunięcia kamienia nazębnego lub osadu lub kosztów związanych z leczeniem próchnicy;
 - 7) chorób i zaburzeń psychicznych, psychoterapii i psychoanalizy;
 - 8) leczenia przez Osobę bliską lub przez osobę nie posiadającą odpowiednich kwalifikacji, a ponadto zabiegów leczniczych wykonanych poza placówkami medycznymi, leczenia przy użyciu metod nieuznawanych w Rzeczypospolitej Polskiej lub w miejscu wystąpienia Zdarzenia szkodowego;
 - 9) zwrotu kosztów akcji ratunkowej związanej z poszukiwaniem Osoby ubezpieczonej, jeżeli nie było zagrożone jej życie lub zdrowie;
 - 10) zakupu leków wydawanych bez pisemnego zalecenia lekarza ;
 - 11) szczepień profilaktycznych lub następstw wynikających z niepoddania się obowiązkowemu szczepieniu przed wyjazdem za granicę;
 - 12) badań profilaktycznych, badań kontrolnych lub badań i opieki medycznej niezwiązanych z Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 13) rehabilitacji, fizjoterapii i kąpeli leczniczych;
 - 14) zabiegów kregarskich, terapii treningowej lub treningu wytrzymałościowego;
 - 15) zakaźnych chorób wenerycznych, łącznie z zakażeniem HIV/AIDS;
 - 16) przygotowania i naprawy protez (ortopedycznych, stomatologicznych), okularów, soczewek kontaktowych lub aparatów słuchowych;
 - 17) kosztów ortezy, za wyjątkiem sytuacji, kiedy jest ona zastosowana na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jako jedyny możliwy sposób leczenia

urazu, a wówczas jedynie ortezy w wersji podstawowej;

- 18) kosztów ponadstandardowej opieki i usług (tj. zwrot kosztów opieki medycznej i usług przekraczających standard w kraju, w którym doszło do Zdarzenia ubezpieczeniowego);
 - 19) kosztów leków wspomagających, preparatów witaminowych i suplementów diety;
 - 20) kosztów zabiegów kosmetycznych, operacji estetycznych i plastycznych;
 - 21) powikłań związanych z niedostosowaniem się do schematu leczenia przyjętego przez lekarza prowadzącego.
6. Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów:
- 1) poniesionych przez Ubezpieczonego lub inne osoby i dotyczących nawiązania kontaktu z Ubezpieczycielem lub Centrum Pomocy Assistance;
 - 2) rozmów telefonicznych włącznie z kosztami roamingu przy oddzwaniu na granicę.

Artykuł 10. Obowiązki Ubezpieczającego

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania polisy Ubezpieczający powinien powiadomić Ubezpieczyciela pisemnie o wszelkich niezgodnościach danych zawartych w polisie ze stanem faktycznym, w szczególności z danymi podanymi przez niego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz podać prawidłowe dane. Po otrzymaniu prawidłowych danych Ubezpieczyciel dokona stosownych zmian o czym zawiadomi Ubezpieczającego przesyłając na podany przez niego adres email informację o dokonanych zmianach.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela zgodnie z prawdą informacje, o które został zapytany przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
3. W razie ujawnienia zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 1 niniejszego artykułu w czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać je Ubezpieczycielowi niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień ust. 1 lub 2 niniejszego artykułu nie zostały podane do wiadomości Ubezpieczyciela. Jeżeli do naruszenia postanowień ust. 1 lub 2 niniejszego artykułu doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
5. Jeżeli ubezpieczający zawiera ubezpieczenie na rzecz osoby trzeciej (Ubezpieczonego), Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać Ubezpieczonemu OWU i zapoznać Ubezpieczonego z treścią umowy ubezpieczenia oraz OWU, a także poinformować Ubezpieczonego o jego prawach i obowiązkach wynikających z zawartej na jego rzecz umowy ubezpieczenia.
6. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ustępach poprzedzających niniejszego artykułu spoczywają zarówno na Ubezpieczającym jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczyciela bez zbędnej zwłoki o zmianie swego adresu zamieszkania lub adresu korespondencyjnego.
8. Ubezpieczający na żądanie Centrum Pomocy Assistance powinien udowodnić należyte opłacenie składek ubezpieczeniowej w wysokości podanej w polisie (np. poprzez przedstawienie kopii wyciągu z rachunku bankowego).
9. Jeżeli Ubezpieczający jest równocześnie Ubezpieczonym, dotyczą go także wszystkie obowiązki Ubezpieczonego.

Artykuł 11. Obowiązki Ubezpieczonego lub osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczony zobowiązany jest, w miarę możliwości zapobiec ograniczeniu szkody i ograniczyć jej konsekwencje.
2. W razie Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony winien niezwłocznie poszukać pomocy lekarza i stosować się do jego zaleceń, a jeśli wymaga tego Ubezpieczyciel, podać się na koszt Ubezpieczyciela badaniom lekarskim wskazanym przez Ubezpieczyciela.
3. Obowiązki Ubezpieczonego wynikające z postanowień niniejszego artykułu dotyczą także odpowiednio osoby zgłaszającej roszczenie o Świadczenie ubezpieczeniowe.
4. W przypadku zaistnienia Zdarzenia szkodowego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie, przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – najpóźniej w ciągu 48 h od momentu wystąpienia Zdarzenia szkodowego – skontaktować się z Centrum Pomocy Assistance pod numerem telefonu +48 22 575 98 48;
 - 2) określić jakiej pomocy potrzebuje i w jakich okolicznościach i pod jakim adresem Ubezpieczony się znajduje;
 - 3) podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania Świadczeń ubezpieczeniowych, a w szczególności: numer polisy, imię, nazwisko Ubezpieczonego;
 - 4) dokładnie wyjaśnić okoliczności wystąpienia Zdarzenia szkodowego, w szczególności datę i miejsce jego wystąpienia;
 - 5) podać numer telefonu kontaktowego, pod którym Centrum Pomocy Assistance może skontaktować się z Ubezpieczonym.
5. Jeżeli z przyczyn niezależnych od siebie, będących następstwem wystąpienia Zdarzenia szkodowego Ubezpieczony nie mógł zwrócić się do Centrum Pomocy Assistance z prośbą o pomoc przed realizacją usług, powinien to zrobić bezzwłocznie po ustaniu tych przyczyn, nie później jednak niż w ciągu 7 dni od daty ich ustania.
6. Ponadto, w przypadku zaistnienia Zdarzenia szkodowego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) stosować się do wskazówek Centrum Pomocy Assistance i skutecznie z nimi współdziałać, wypełniając obowiązki określone w OWU;
 - 2) transport, o którym mowa w art. 3 ust. 8. pkt. 7), 8), 9), 10) niniejszych OWU, uprzednio uzgodnić z Centrum Pomocy Assistance i postępować zgodnie z jego wskazówkami
 - 3) bezzwłocznie zgłosić Zdarzenie szkodowe policji w miejscu zaistnienia zdarzenia, jeżeli zdarzenie nastąpiło w okolicznościach wskazujących na popełnienie przestępstwa lub wykroczenia, oraz przedstawić Ubezpieczycielowi protokół policyjny;
 - 4) po zaistnieniu Zdarzenia szkodowego zgromadzić dowody świadczące o zakresie

Zdarzenia szkodowego na podstawie dochodzenia przeprowadzonego przez policję lub inne organy prowadzące dochodzenie, w tym materiał fotograficzny lub filmowy, zapisu wideo, zeznania osób trzecich itp.;

- 5) udzielić niezbędnych pełnomocnictw oraz prawdziwych i kompletnych odpowiedzi na wszystkie pytania Centrum Pomocy Assistance dotyczące Zdarzenia szkodowego i jego następstw;
- 6) współdziałać i umożliwić Centrum Pomocy Assistance przeprowadzenie wszystkich niezbędnych czynności w celu ustalenia okoliczności zaistnienia Zdarzenia szkodowego mających znaczenie dla oceny roszczenia o Świadczenie ubezpieczeniowe oraz jego wysokości;
- 7) upoważnić Centrum Pomocy Assistance w formie pisemnej pod rygorem nieważności, do zasięgnięcia informacji i opinii lekarzy prowadzących leczenie oraz innych osób lub urzędów w sprawach związanych ze Zdarzeniem szkodowym w zakresie dotyczącym postępowania o ustalenie świadczenia;
- 8) bez zbędnej zwłoki poinformować Centrum Pomocy Assistance o ewentualnym rozpoczęciu w stosunku do Ubezpieczonego postępowania karnego lub innego postępowania o podobnym charakterze w związku ze Zdarzeniem szkodowym oraz przekazywać Centrum Pomocy Assistance zgodne z prawdą informacje na temat przebiegu i wyników takiego postępowania;
- 9) w celu uzyskania informacji na temat stanu zdrowia Ubezpieczonego lub przyczyny śmierci Ubezpieczonego zwolnić lekarza prowadzącego z obowiązku zachowania tajemnicy wobec Centrum Pomocy Assistance;
7. W swoim postępowaniu Ubezpieczony zobowiązany jest przestrzegać odpowiednich zasad bezpieczeństwa obowiązujących w danym kraju, włącznie ze stosowaniem odpowiednich środków ochrony osobistej (kask przy jeździe na rowerze, nartach i snowboardzie, kask i kamizelka ratunkowa przy sportach wodnych itp.), a w przypadku aktywności, przy której jest to powszechnie wymagane, konieczne lub stosowne, posiadać odpowiednie uprawnienia, np. prawo jazdy, uprawnienia do nurkowania rekreacyjnego itp.
8. Na żądanie Centrum Pomocy Assistance, Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie o Świadczenie ubezpieczeniowe zobowiązani są zapewnić na własny koszt przysięgłe tłumaczenie na język polski lub angielski dokumentów koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku z zajściem Zdarzenia szkodowego.
9. Jeżeli Ubezpieczony ma zawarte ubezpieczenie o tym samym lub podobnym charakterze także w innym towarzystwie ubezpieczeniowym, zobowiązany jest poinformować Ubezpieczyciela o tym fakcie.
10. Każda osoba zgłaszająca roszczenie o Świadczenie ubezpieczeniowe zobowiązana jest do przedstawienia dokumentów wymaganych przez Centrum Pomocy Assistance, jeżeli mają one wpływ na ustalenie obowiązku Ubezpieczyciela do udzielenia świadczenia ubezpieczeniowego i na wysokość i zakres świadczenia ubezpieczeniowego.
11. Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty: kopię kompletnej dokumentacji lekarskiej, oryginały rachunków i dokumentów potwierdzających płatność za opiekę medyczną, leki przepisane przez lekarza (łącznie z kopią recepty lekarskiej), transport, kopię raportu/protokołu policyjnego (jeżeli zdarzenie było badane przez policję) wraz z pozostałymi dokumentami, których zażąda Centrum Pomocy Assistance.
12. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków wynikających z niniejszych OWU i miało to wpływ na zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokość świadczenia, Ubezpieczyciel może zmniejszyć wysokość świadczenia w takim stopniu, w jakim niedopełnienie tych obowiązków przyczyniło się do zwiększenia szkody lub wysokości świadczenia Ubezpieczyciela lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadków.

Artykuł 12. Prawa i obowiązki ubezpieczyciela

1. Oprócz obowiązków wynikających z Kodeksu cywilnego i pozostałych zapisów wynikających z niniejszych OWU i umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest zwrócić dokumenty, których zwrotu zażąda Ubezpieczony, za wyjątkiem oryginałów dowodów zapłaty, na podstawie których udzielono świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczyciel jest uprawniony w szczególności do:
 - 1) weryfikacji powstania, przebiegu i zakresu Zdarzenia szkodowego (włącznie z żądaniem zeznań świadków spośród osób uczestniczących w zdarzeniu, opinii biegłych, ewentualnie innych dokumentów);
 - 2) żądania i weryfikacji raportów lekarskich, dokumentacji medycznej.
 3. Jeżeli Ubezpieczony naruszył obowiązki wynikające z niniejszych OWU, Ubezpieczyciel uprawniony jest do adekwatnego obniżenia świadczenia ubezpieczeniowego.

Tabela świadczeń i limitów

		SUMA UBEZPIECZENIA/ / LIMITY
		Strefa Schengen
Ubezpieczenie Kosztów Leczenia (UKL)	Ubezpieczenie Kosztów Leczenia – suma ubezpieczenia (UKL)	€ 60,000
	- repatriacja i transport	rzeczywiste koszty w ramach sumy ubezpieczenia UKL
	- pomoc lekarza stomatologa	€ 200

Artykuł 13. Postępowanie reklamacyjne

1. Niniejsze postępowanie reklamacyjne określa zasady zgłaszania i rozpatrywania Reklamacji zgłaszanych przez Klienta, dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, wynikające z niniejszych OWU, zgodnie z Ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu Reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
2. Reklamacja może zostać złożona do Działu Jakości Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej:
 - a. osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub
 - b. przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela: Dział Jakości Inter Partner Assistance Oddział w Polsce, ul. Giełdowa 1, 01-211 Warszawa
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: quality@axa-assistance.pl
3. Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
 - 1) pełen adres korespondencyjny lub
 - 2) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - 3) wskazanie umowy ubezpieczenia
 - 4) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację,
 - 5) oczekiwane działania.
4. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, Ubezpieczyciel informuje 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.
5. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
7. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy wskazany w ust. 3 pkt 1) chyba, że Klient wnosił o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w ust. 3 pkt 2).
8. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
9. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze OWU właściwym jest prawo polskie.
10. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a w przypadku dochodzenia roszczeń przez spadkobiercę Ubezpieczonego lub spadkobiercę uprawnionego z umowy ubezpieczenia przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
11. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
12. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl/>.
13. Istnieje możliwość prowadzenia pozasądowego postępowania w celu rozstrzygnięcia sporu między konsumentem mieszkającym na terenie Unii Europejskiej a Ubezpieczycielem za pośrednictwem internetowej platformy ODR pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Adres poczty elektronicznej Ubezpieczyciela quality@axa-assistance.pl

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Zarządzeniem Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance Oddział w Polsce nr 13/2022 z dnia 19.01.2022 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.02.2022 r.



правила медицинского страхования для иностранцев

ВИД СВЕДЕНИЙ	ПОСТАНОВЛЕНИЯ Правил медицинского страхования для иностранцев
1. Предпосылки выплаты страхового обеспечения или стоимости выкупа страхового полиса	Статья 2 п. 26, статья 3 п. 1, 6, статья 5 п. 1, статья 6 п. 1, Таблица выплат и лимитов.
2. Ограничения и исключения ответственности страховой компании, из которых вытекает отказ в страховой выплате или уменьшение ее размера	Статья 3 п. 8, статья 5 п. 2, статья 6 п. 1, п. 3 подпункт 4, п. 4, статья 7 пп. 4 и 5, статья 9, статья 10 п. 4, статья 11 п. 12, статья 12 п. 3, Таблица выплат и лимитов.

правила медицинского страхования для иностранцев

ЧАСТЬ I ЕДИНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Общие положения

1. Настоящие Правила страхования, далее именуемые ПС, применяются к договорам страхования, заключенным между компанией Inter Partner Assistance S.A. с местом нахождения в г. Брюсселе, осуществляющей деятельность в Польше через Inter Partner Assistance S.A. Филиал в Польше, входящей в состав группы компаний АХА, далее именуемой Страховщиком, и Страхователями.
2. Договор страхования может быть заключен в чужую пользу, в этом случае настоящие ПС применяются соответственно к лицу, в пользу которого заключен договор страхования.

Статья 2. Определения

Понятия, используемые в настоящих ПС и других документах, связанных с договором страхования, имеют следующие значения:

1. **Террористический акт** – применение силы или насилия либо угроза применения силы или насилия каким-либо лицом или группой лиц, самостоятельно, в чью-либо пользу или в сотрудничестве с какой-либо организацией или правительством, по политическим, религиозным, идеологическим или этническим причинам или в такого рода целях, вследствие чего был причинен вред человеческому здоровью, имуществу, материальным или нематериальным ценностям, инфраструктуре, в том числе с намерением повлиять на какое-либо правительство, запугать население или его часть.
2. **Ассистанс-центр** – структурное подразделение, занимающееся от имени Страховщика организацией и предоставлением Застрахованному предусмотренных настоящими ПС услуг ассистанса, а также урегулированием убытков; Адрес Ассистанс-центра: Inter Partner Assistance Polska sp. z o.o. g. Warszawska 01-211, ul. Gieldowa 1, Польша.
3. **Иностранец** – физическое лицо, не имеющее польского гражданства.
4. **Клиент** – являющиеся физическими лицами Страхователь, Застрахованный, выгодоприобретатель или лицо, имеющее право на страховую выплату по договору страхования.
5. **Страна постоянного проживания Застрахованного** – страна, в которой Застрахованный проживает в течение, как минимум, одного года, непосредственно предшествующего заключению договора страхования, где сосредоточена его личная и профессиональная жизнь или где он охвачен государственным медицинским страхованием. Страной проживания не является страна, где данное лицо пребывает с целью обучения или куда оно было откомандировано на работу;
6. **Острое заболевание** – внезапное нарушение здоровья Застрахованного, наступившее в течение Срока страхования, которое по своему характеру представляет прямую угрозу для жизни или здоровья Застрахованного независимо от его воли и в обязательном порядке требует неотложного лечения. Внезапным заболеванием не считается нарушение здоровья, лечение которого началось до начала Срока страхования, или нарушение здоровья, симптомы которого присутствовали до начала Срока страхования, даже в тех случаях, когда оно не подвергалось обследованию и лечению.
7. **Несчастный случай** – неожиданное и внезапное событие, вызванное внешней причиной, произошедшее в течение Срока страхования, которое ввиду своего характера несет прямую угрозу жизни или здоровью Застрахованного, вследствие которого Застрахованный независимо от своей воли получил травму, вред здоровью или умер.
8. **Срок страхования** – срок, на который заключен договор страхования, предусмотренного страховым полисом.
9. **Близкое лицо** – лицо, проживающее с Застрахованным в день наступления Страхового случая в совместном домашнем хозяйстве и являющееся для Застрахованного:
 - 1) супругом или лицом, состоящим с ним в незарегистрированных брачных отношениях,
 - 2) ребенком, пасынком (падчерицей), усыновленным (удочеренным) или принятым на воспитание ребенком,
 - 3) родителем, усыновителем (удочерителем), тестем (свекром), тещей (свекровью), отчимом, мачехой,
 - 4) дедушкой, бабушкой, внуком, сестрой (братом), зятем, невесткой.
10. **Выгодоприобретатель** – лицо, которое в результате Страхового случая получает право на получение Страховых выплат.
11. **Публичные спортивные соревнования** – соревнования, организованные любой организацией, занимающейся физической культурой, спортивным клубом, а также любого рода подготовка к такому мероприятию или предваряющая его поездка, организованная с целью добиться высоких спортивных результатов.
12. **Рекламация** – заявление Клиента, в котором он предъявляет претензии к услугам, предоставляемым Страховщиком.
13. **Экстремальные виды спорта** – включают все Обычные виды спорта и Виды спорта, сопряженные с высоким риском, при занятиях спортом высших достижений или во время участия в Публичных спортивных соревнованиях и подготовке к ним, а также перечисленные ниже виды спорта как в рамках массового, так и достижения спортивного уровня, при Занятиях спортом на профессиональном уровне или во время участия в Публичных спортивных соревнованиях и подготовке к ним: айквидо, дзюдо, карате, тейквондо, кикбоксинг и другие боевые искусства, лыжная акробатика, альпинизм, бокс, рестлинг, греко-римская борьба и другие виды борьбы, каньонинг, байкеркросс 4х, фрирайд, фрискинг,

фристайл, хели-ски, скалолазание, яхтинг – морские рейсы, сплав на байдарках по горным рекам степени сложности WW4 и WW5, подъем по ледопаду, ледолазание по искусственной стенке (icebreaker), скалолазание по скалодрому, могул, моноски, парашютный спорт и дельтапланеризм (rogallo), прыжки с парашютом, подводное плавание с дыхательным аппаратом на глубине более 40 метров при условии, что Застрахованный имеет необходимый сертификат для занятий таким видом спорта, подводное плавание с акулами, рафтинг степени сложности WW4 и WW5, скоростной бег на коньках, санная езда по маркированным трассам, езда на бобах (бобслей) по маркированным трассам, сноубординг на маркированных трассах, спуск на горных велосипедах, ски-альпинизм, скибоб, ски-туринг, прыжки с канатом – банджи-джампинг, сноуборд вне маркированных трасс, сноукайтинг, сноурафтинг, снежный батут, спелеология, стрит-люж, туризм или трекинг степени сложности свыше 3 UIAA с использованием снаряжения, соответствующего данной степени сложности, передвижение и пребывание на высоте более 5 000 м над уровнем моря, виа феррата степени сложности D и E.

14. **Виды спорта**, сопряженные с высоким риском, включают все Обычные виды спорта при занятиях спортом высших достижений или во время участия в Публичных спортивных соревнованиях и подготовке к ним, а также перечисленные ниже виды спорта как в рамках массового, так и достижения спортивного уровня, при Занятиях спортом высших достижений или во время участия в Публичных спортивных соревнованиях и подготовке к ним: азотрим, акробатический рон-н-ролл, американский футбол, легкая атлетика, включая прыжки с шестом, пяти-, семи- и десятиборье, балет, биатлон, веломотокросс BMX, боулдеринг, различные виды human hamster ball, багикайтинг, велокросс, велотриал, скачки, дуатлон, навесная переправа (флаинг-фокс), пожарный спорт (включая тренировки спасательных команд), историческое (боевое) фехтование, хоккей на льду, хоккей на траве, уличный хоккей, яхтинг – рейсы вдоль берега, ката-ние на рампе (скейтборд, ролики), езда на водных/снежных скутерах, сплав на байдарках по горным рекам степени сложности WW2 и WW3, кайтбординг, кайтсерфинг, кайтинг, фигурное катание, квадратлон, лакросс, стрельба из лука, спортивная охота или загон (за исключением охоты на экзотических диких животных), минибайк, миникайтинг, картинг, водный спорт с использованием моторной техники, маунтинбординг на маркированных трассах, пейнтбол, пара-сейлинг, современное пятиборье, подводное регби, танец у шеста, подводное плавание с дыхательным аппаратом на глубине не более 40 метров с инструктором или без инструктора, при условии, что Застрахованный имеет необходимый сертификат, собаки и конные упряжки, рафтинг степени сложности WW2 и WW3, регби, роуп-джампинг, рыбная ловля с лодки или спортивная рыбная лодка, скоростная езда на роликовых коньках, сафари, морские байдарки, си-ловое троеборье, бокинг, скейтбординг, скиатлон, прыжки в воду, следж-хоккей, сноу-банджи-кайтинг, сноу-банджи-рафтинг, спортивная гимнастика, спортивная стрельба (стрельба по мишени из огнестрельного оружия), серфинг, виндсерфинг, батут, триатлон (включая Ironman), высокогорный туризм (небо trekking) на маркированных маршрутах степени сложности не более 3 UIAA с использованием снаряжения, соответствующего степени сложности, пребывание и передвижение на высоте от 3 000 до 5 000 м над уровнем моря, виа феррата степени сложности B и C, высокие канатные препятствия (до 10 м), поднятие тяжестей, вейкбординг, волибол, зорбинг.

15. **Обычные виды спорта** – следующие виды обычного активного отдыха и занятия спортом на любительском уровне: аэробика, страйкбол, аквааэробика, бадминтон, бейсбол, баскетбол, бег, бег на лыжах по маркированным маршрутам, боча, боулинг, бридж, катание на коньках, бумеранг, банджи-раннинг, прыжки на банджи-батуте, керлинг, велоспорт, велотуризм, драгонбот, фитнес и бодибилдинг, унхоккей, футбол, футбол, фрисби, голбол, гольф, ручной мяч, горный велоспорт (за исключением спусков), чирлидерство, катание на роликах in-line, верховая езда, езда на слоне или верблюде, катание на водном банане, катание на катамаране, йога, сплав на байдарках по горным рекам степени сложности WW1, карточные игры и прочие настольные игры, кардио-кикбоксинг, езда на самокате, велосбол, корфбол, крикет, снукер, шарик, культуризм, боулинг, катание на лыжах по маркированным трассам, айсшток, низкие канатные препятствия (до 1,5 м), минибатут, художественная гимнастика, ножной волейбол, спортивное ориентирование (в том числе с радиоприемником), петанк, плавание, пляжный волейбол, подводное плавание с дыхательным аппаратом на глубине до 10 м с инструктором или без инструктора, при условии, что Застрахованный имеет необходимый сертификат, рафтинг степени сложности WW1, рыбная ловля с берега, шоудан, сноубординг на маркированных трассах, включая снежные парки, софтбол, спиннинг, спортивное моделирование, сквош, настольный футбол, настольный хоккей, настольный теннис, уличный баскетбол (streetball), синхронное плавание, шахматы, фехтование (классическое), дартс, подводное плавание с трубкой, бальные танцы, теннис, тайчициань, чукбол, гребля, водные лыжи, водное поло, волейбол, туризм или трекинг на незначительно пересеченной местности степени сложности не более 1UIAA и на маркированных маршрутах без использования альпинистского снаряжения или передвижение и пребывание на высоте до 3 000 м над уровнем моря, виа феррата степени сложности A, жонглирование (в том числе диаволо, фершоу, йо-йо).

Занятия Обычными видами спорта на любительском уровне включены в покрытие настоящего Страхования поездок без повышения базовой ставки страховой премии.

16. **Шенгенская зона** – территория, на которой отсутствует контроль на внутренних границах и гарантировано соблюдение общей политики охраны внешней границы, охраны персональных данных, сотрудничество между полицейскими службами государств-членов, в частности, право на трансграничное преследование, соблюдение общей политики выдачи виз иностранным гражданам, экстрадиции/выдачи лиц одним государством другому, а также гарантирована свобода перемещения лиц, действующая на основании соглашения, заключенного 14 июня 1985 г. в г. Люксембурге, и дополнительных документов.
17. **Страховая выплата** – выплата, которую Страховщик обязан произвести при наступлении Страхового случая в пределах, предусмотренных настоящими ПС и договором страхования.
18. **Таблица выплат и лимитов** – перечень, включающий страховую сумму и лимиты Страховых выплат по Страхованию. Таблица выплат и лимитов является неотъемлемой частью ПС.
19. **Страхователь** – физическое, юридическое лицо или организация без статуса юридического лица, которые заключили со Страховщиком договор страхования.
20. **Застрахованный (Застрахованное лицо)** – Иностранец, правовой интерес которого, предусмотренный настоящими ПС, является объектом страхования.
21. **Занятия спортом высших достижений** – форма физической активности, заключающаяся в занятиях тем или иным видом спорта с целью достижения, путем соперничества, максимальных спортивных результатов лицами, являющимися членами различного рода спортивных клубов, союзов и организаций, в том числе участие в тренировках, сборах, учебных лагерях.
22. **Пренебрежение профилактикой** – ситуация, когда Застрахованный не проходит регулярных (т. е., как минимум, раз в году) профилактических стоматологических или гинекологических обследований.
23. **Занятия спортом на профессиональном уровне** – достижение спортивных результатов в обмен на плату или иное вознаграждение на основании договора со спортивной организацией или оплачиваемая спортивная активность, являющаяся источником доходов спортсмена. Для нужд настоящего страхования к профессиональным спортсменам отнесены также члены спортивной команды.
24. **Случайное событие** – событие, в отношении которого можно обоснованно полагать, что оно может произойти в течение Срока страхования, однако во время заключения договора страхования неизвестно, наступит ли оно и когда наступит.
25. **Событие, повлекшее ущерб** – обстоятельство, повлекшее за собой причинение ущерба, который может стать причиной возникновения права на получение Страховых выплат.
26. **Страховой случай** – включенное в страховое покрытие Случайное событие, предусмотренное настоящими ПС, которое произошло в течение Срока страхования и на основании которого у Страховщика возникает обязанность по Страховой выплате Застрахованному или третьему лицу в соответствии с настоящими ПС. События, вызванные одной причиной и охватывающие все обстоятельства и их последствия, связанные причинно-следственной связью, временем наступления или иным непосредственным фактором, считаются одним Страховым случаем.

Статья 3. Объект страхования и страховое покрытие

1. Объектом страхования является оплата или возмещение медицинских расходов Застрахованного, если:
 - а. Событие, повлекшее ущерб, в связи с которым необходимо лечение, имело место на территории государства, входящего в Шенгенскую зону,
 - б. лечение осуществляется на территории страны, входящей в Шенгенскую зону, которая не является Страной постоянного проживания Застрахованного.
2. Договор страхования может быть заключен на Срок страхования, кратный месяцу, составляющий не менее 1 и не более 36 месяцев.
3. Страховая защита распространяется на следующие виды поездок:
 - 1) поездка или пребывание в образовательных целях;
 - 2) туристская поездка или пребывание с развлекательной или краеведческой целью, пребывание на отдыхе или связанное с рекреационной или спортивной активностью, не направленной на улучшение спортивных результатов;
 - 3) служебная поездка – пребывание с целью выполнения офисной или физической работы без учета правоотношений, регулирующих трудовую деятельность.
4. Договор страхования может быть заключен только в форме индивидуального страхования, при котором Застрахованным является только одно лицо. Страхование включает Страхование медицинских расходов (СМР); Объектом страхования являются необходимые с медицинской точки зрения и подтвержденные документами медицинские расходы Застрахованного, которому во время поездки или пребывания на территории Шенгенской зоны пришлось подвергнуться лечению.
5. Страховым случаем считается Острое заболевание или Несчастный случай Застрахованного, имевшие место в течение Срока страхования и в обязательном порядке требующие неотложного лечения.
6. Страховщик покрывает связанные со Страховым случаем необходимые, неизбежные и целесообразные медицинские расходы, включая проведение прямо связанных с лечением диагностических процедур, которые предписаны врачом и призваны стабилизировать здоровье Застрахованного настолько, чтобы он был в состоянии продолжить поездку или вернуться в Страну постоянного проживания для продолжения лечения.
7. Медицинскими расходами, которые покрывает настоящее страхование, считаются расходы на:
 - 1) обследования, необходимые для постановки диагноза или назначения лечения;
 - 2) оказание необходимой врачебной помощи;
 - 3) пребывание в больнице (госпитализация) – в стандартно оборудованной палате при обеспечении обычного медицинского ухода в течение необходимого срока, а также связанные с этим пребыванием медицинские расходы, включая операцию, анестезию, лекарства, материалы и стоимость бытового питания;

- 4) лекарства, прописанные врачом в связи со Страховым случаем, соответствующие характеру данного Страхового случая;
 - 5) помощь врача-стоматолога при острой зубной боли, лечимой с помощью экстракции или базового пломбирования (включая рентген), и процедуры, непосредственно направленные на уменьшение боли в области слизистой оболочки полости рта, которая не вызвана Пренебрежением профилактикой. Данная услуга оказывается в пределах лимита, указанного в Таблице выплат и лимитов; данным лимитом не ограничена стоимость стоматологического лечения, связанного с Несчастным случаем;
 - 6) транспортировку Застрахованного с места Несчастного случая или Острого заболевания в ближайшее подходящее медицинское учреждение (в том числе вызов врача к Застрахованному) – если Застрахованный не в состоянии пользоваться общественным транспортом, в том числе расходы на помощь горноспасательной службы или транспортировку на вертолете с места Несчастного случая или Острого заболевания в ближайшее подходящее медицинское учреждение, если того требует состояние здоровья Застрахованного;
 - 7) транспортировку от врача в медицинское учреждение или из медицинского учреждения в другое специализированное лечебное учреждение – если этого требует состояние здоровья Застрахованного;
 - 8) обоснованную медицинскими показаниями транспортировку из медицинского учреждения до места пребывания – если нельзя воспользоваться для этого общественным транспортом;
 - 9) транспортировку (репатриацию) Застрахованного обратно на территорию Страны постоянного проживания, если по состоянию здоровья нельзя воспользоваться первоначально запланированным видом транспорта; врач Ассистанс-центра принимает решение о репатриации Застрахованного на основании документов от врача, который оказывал помощь, и иных необходимых документов исходя из оценки состояния здоровья Застрахованного, сделанной на основании медицинской документации;
 - 10) транспортировку тела Застрахованного на территорию Страны постоянного проживания и прочие необходимые расходы, связанные с транспортировкой или временным хранением тела.
8. Если в результате Страхового случая Застрахованный не может вернуться на территорию Страны постоянного проживания в течение Срока страхования, Ассистанс-центр обеспечит транспортировку Застрахованного, как только позволит состояние его здоровья, а срок действия Страхования медицинских расходов автоматически будет продлен до момента пересечения внешней границы Шенгенской зоны.
9. Застрахованный принимает к сведению и соглашается с тем, что Страховщик и Ассистанс-центр при любых обстоятельствах не уполномочены заменять органы учреждений, оказывающих первую помощь на месте наступления Страхового случая.

Статья 4. Заключение и расторжение договора страхования, право на Страховые выплаты, Срок страхования, страховая премия

1. Договор страхования заключается на основании заявления о заключении договора страхования.
2. В случае заключения договора страхования через веб-сайт подробная информация о порядке заключения договора страхования изложена в Правилах заключения договоров страхования через Интернет, далее именуемых Правилами, размещенных на сайте www.axa-assistance-insurance.eu/pl, через который заключается договор страхования.
3. Договор страхования заключается в момент уплаты страховой премии в размере, указанном в заявлении о заключении договора страхования.
4. В случае, если Страхователь не уплатит страховую премию в сроки, указанные в заявлении, заявлении о заключении договора страхования становится недействительным, а договор страхования считается незаключенным.
5. Страховщик определяет размер страховой премии на основании тарифа ставок страховой премии, действующего на день заключения договора страхования. Размер страховой премии зависит от продолжительности Срока страхования, возраста Застрахованного, индивидуальной оценки риска и других влияющих на размер премии обстоятельств. Страховая премия, размер которой указан в страховом полисе, уплачивается одновременно за весь Срок страхования.
6. Уплатой страховой премии считается:
 - 1) момент, когда на счет субъекта, оказывающего платёжные услуги в пользу Страховщика, поступит сумма страховой премии, если Страхователь перечисляет страховую премию Страховщику;
 - 2) момент, когда на счет субъекта, оказывающего платёжные услуги в пользу агента Страховщика, поступит сумма страховой премии, если Страхователь перечисляет страховую премию представителю Страховщика;
 - 3) передача наличных денежных средств агенту Страховщика, если Страхователь уплачивает страховую премию наличными агенту Страховщика;
 - 4) момент, когда сумма страховой премии была отправлена на счет Страховщика почтовым переводом; уплатой считается момент отправки перевода в почтовом отделении на соответствующий счет Страховщика, подтвержденный документом отправки перевода, момент приема неотменного платежного поручения в банке в пользу счета Страховщика или момент уплаты страховой премии Страховщику иным документально подтвержденным, неотменяемым способом.
7. Уплата страховой премии в размере, который меньше указанного в страховом полисе, влечет за собой незаключение договора страхования.
8. Страховщику причитается страховая премия за весь Срок страхования.
 - 1) Страховая защита начинается в 0 часов 00 минут в день, указанный в страховом полисе в качестве даты начала Срока страхования.
9. Ответственность Страховщика прекращается:
 - 1) в момент исчерпания страховой суммы или лимитов по отдельным Страховым случаям;
 - 2) в день расторжения договора страхования.
10. Договор страхования расторгается:
 - 1) в момент истечения Срока страхования, в 23 часа 59 минут дня, указанного в страховом полисе в качестве даты окончания Срока страхования;
 - 2) в день, следующий за днем получения Страховщиком заявления об отказе

от договора страхования, заключенного дистанционно, по Правилам заключения договоров страхования через Интернет, именуемым далее Правилами, размещенным на сайте www.axa-assistance-insurance.eu/pl;

- 3) если договор страхования заключен на срок более 6 месяцев, Страхователь вправе отказаться от договора страхования в течение 30 дней со дня заключения договора, а в случае, если Страхователь является предпринимателем – в течение 7 дней со дня заключения договора;
- 4) в день смерти Застрахованного.
11. В случае расторжения договора страхования до истечения Срока страхования Страхователю причитается возврат страховой премии за период неиспользованной страховой защиты, при условии, что датой, с которой исчисляется возврат страховой премии, считается в отношении:
 - 1) подпунктов 2 и 3 п. 11 настоящей статьи – день, следующий за днем получения Страховщиком заявления об отказе от договора страхования,
 - 2) подпункта 4 п. 11 настоящей статьи – день смерти Застрахованного.
12. Размер страховой премии, подлежащей возврату за неиспользованный Срок страхования, определяется пропорционально неиспользованному Сроку страхования.
13. Расторжение договора страхования до истечения Срока страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплаты страховой премии за период, в который Страховщик обеспечивал страховую защиту.
14. Желая отказаться от договора страхования или расторгнуть его и требовать возврата страховой премии, Страхователь обязан подать Страховщику письменное заявление об отказе от договора или о его расторжении.
15. В случае смерти Застрахованного лица, добивающегося возврата страховой премии, обязательно передать Страховщику свидетельство о смерти Застрахованного, документ, подтверждающий принятие наследства, и заявление о возврате страховой премии.
16. Заявления об отказе от договора страхования или его расторжении, а также заявления о возврате страховой премии должны подаваться Страхователю исключительно в письменной форме. При несоблюдении этого условия они считаются недействительными.

Статья 5. Территория страхования, Застрахованные лица

1. В страховое покрытие включены События, повлекшие ущерб, которые произошли на территории Шенгенской зоны.
2. Страхование не распространяется на События, повлекшие ущерб, которые произошли на территории:
 - 1) Страны постоянного проживания Застрахованного;
 - 2) государства, в котором Застрахованный застрахован в рамках государственного медицинского страхования, за исключением случаев, когда Событие, повлекшее ущерб, имело место на территории РП и лечение осуществлялось на территории РП;
 - 3) государства, на территории которого Застрахованный находится нелегально.
3. На основании настоящих ПС договор страхования может быть заключен в пользу Иностранца.

Статья 6. Страховая выплата, франшиза

1. Страховая сумма или лимиты по отдельным видам выплат, которые указаны в Таблице выплат и лимитов, составляют верхний предел ответственности Страховщика по одному Страховому случаю. В Таблице выплат и лимитов кроме вышеназванного указан размер франшизы Застрахованного, если она была определена.
2. Обоснованность требования и размер выплаты устанавливаются на основании полной документации, предусмотренной настоящими ПС или указанной Страховщиком, представленной Застрахованным, Выгодоприобретателем или третьим лицом.
3. Принципы определения ответственности Страховщика:
 - 1) При наступлении Страхового случая лицо, предъявляющее требование о Страховой выплате, должно незамедлительно уведомить об этом Страховщика, представив ему соответствующие действительности разъяснения по поводу обстоятельств наступления и последствий такого случая, прав третьих лиц и всех иных договоров страхования тех же рисков. Кроме того, заявитель требования о Страховой выплате должен предоставить Страховщику полную документацию, соблюдая порядок, предусмотренный настоящими ПС. Если лицо, предъявляющее требование о Страховой выплате, не является Страхователем или Застрахованным, обязанности, перечисленные в настоящем пункте, возлагаются также на Страхователя и Застрахованного. Страховщик оставляет за собой право на проверку представленных документов.
 - 2) Если выплата не полагается или полагается в ином размере, чем указано в предъявленном требовании, Страховщик письменно уведомляет об этом лицо, предъявляющее требование о Страховой выплате, или лицо, действующее от его имени, указав при этом обстоятельства или юридическое основание, обосновывающие полный или частичный отказ в выплате, и разъяснив возможность добиваться удовлетворения своих требований через суд.
 - 3) Если уведомление, направленное в соответствии с предыдущими пунктами, содержало важную информацию об обстоятельствах случая, являющегося предметом уведомления, которая была умышленно изложена не соответствующим действительности образом или искажена, или в случае намеренного сокрытия информации об этом событии, Страховщик вправе получить возмещение сумм, которые были разумным образом потрачены в связи с исследованием фактов, которых касалась эта сокрытая или искаженная информация.
 - 4) По требованию Страховщика, в обоснованных случаях, связанных с установлением ответственности Страховщика, Застрахованный или Выгодоприобретатель в случае смерти Застрахованного обязаны предоставить Страховщику информацию о состоянии здоровья Застрахованного и выразить согласие на обследование состояния здоровья или причин смерти Застрахованного. Если Застрахованный или Выгодоприобретатель не дадут такого согласия или аннулируют данное согласие в ходе установления ответствен-

ности Страховщика, а данное обстоятельство имеет существенное значение для установления или определения размера Страховой выплаты, Страховщик вправе уменьшить Страховую выплату соразмерно степени, в которой такое обстоятельство повлияло на обязанность Страховщика по выплате.

- 5) Установление фактов, описанных в предыдущем пункте, осуществляется на основании обследования, проводимого врачом, Назначенным Страховщиком. Страховщик в этом случае покрывает расходы:
 - а) связанные с осмотром /оценкой состояния здоровья или медицинским обследованием;
 - б) на проезд в размере стоимости билета на общественный транспорт (автобус или поезд второго класса);
 - в) по подготовке врачебного отчета, если это необходимо.
- 6) Если Страховщик не требует проведения врачебного осмотра, медицинского обследования или составления врачебного отчета, он не оплачивает связанных с этим расходов.
4. Страховщик осуществляет выплату в пределах страховых сумм или лимитов по отдельным выплатам, однако без превышения расходов, которые понес бы Ассистанс-центр при организации подобной услуги.
5. Страховщик обязан произвести причитающуюся выплату в течение 30 дней со дня получения заявления о Страховом случае.
6. Если выяснение обстоятельств, необходимых для установления ответственности Страховщика или размера выплаты, оказалось невозможным в сроки, предусмотренные п. 5 настоящей статьи, выплата производится в течение 14 дней со дня, в который при проявлении должной заботливости выяснение этих обстоятельств стало возможным, однако бесспорную часть суммы Страховщик выплачивает в течение срока, предусмотренного п. 5 настоящей статьи.
7. Если Страхователь не произведет выплату в сроки, предусмотренные вышеизложенными пунктами, он обязан письменно уведомить лицо, предъявляющее требование о Страховой выплате, или лицо, действующее от его имени, информируя о причинах неудовлетворения требований.
8. В случае смерти Застрахованного обоснованную выплату по Страховым случаям Страховщик производит наследникам Застрахованного на основании представленного свидетельства о смерти, постановления об установлении факта принятия наследства.
9. По требованию лица, предъявляющего требование о Страховой выплате, Страховщик обязан предоставить доступ к имеющимся у него сведениям, связанным со Страховым случаем, являющимся основанием для установления ответственности Страховщика, обстоятельств этого случая и размера выплаты.
10. Выплата производится в валюте, действующей в Республике Польша, по среднему курсу Национального банка Польши, действующему на день наступления Страхового случая, за исключением прямых платежей в пользу зарубежных учреждений здравоохранения, пострадавших иностранцев или иных иностранных субъектов, если ПС не предусмотрено иное.

Статья 7. Регрессные требования

1. В день страховой выплаты, произведенной Страховщиком, право требования Застрахованного к третьему лицу, ответственному за убыток, переходит к Страховщику в размере произведенной страховой выплаты. Если Страховщик покрыл только часть убытка, Застрахованный имеет приоритет удовлетворения требований над требованиями Страховщика в отношении остальной части.
2. К Страховщику не переходит право требования Застрахованного, о котором говорится в п. 1 настоящей статьи, к лицам, с которыми Застрахованный проживает в совместном домашнем хозяйстве или за которых он несет ответственность, за исключением случаев, когда виновный причинил ущерб умышленно.
3. Застрахованный обязан оказать помощь Страховщику в осуществлении права требования к лицам, ответственными за убыток, предоставив необходимые сведения и документы, а также обеспечить возможность осуществлять действия, необходимые для реализации регрессных требований.
4. Если Застрахованный без согласия Страховщика отказался от требования к третьему лицу, ответственному за убыток, ограничил его или ненадлежащим образом исполняет обязанности, предусмотренные п. 3 настоящей статьи, Страховщик может отказать в страховой выплате, а Страхователь утрачивает право на возврат страховой премии.
5. Если отказ или ограничение, о которых говорится в п. 4 настоящей статьи, были обнаружены после осуществления страховой выплаты, Страховщик может потребовать от Застрахованного вернуть всю выплаченную сумму или ее часть.

Статья 8. Форма и способ составления правовых актов, вручения документов

1. Все уведомления, заявления и ходатайства об изменении или расторжении договора страхования должны составляться в письменной форме. Несоблюдение этого условия влечет их недействительность.
2. Уведомление Ассистанс-центра о Страховом случае должно производиться по телефону. В соответствии с инструкциями Ассистанс-центра, касающимися, в частности, подачи заполненной и подписанной формы «Уведомления о событии, повлекшем ущерб», требования о Страховой выплате оформляются также в письменной форме. Корреспонденция по поводу документации, связанной с установлением ответственности Страховщика, может вручаться по адресу электронной почты Страховщика или лица, предъявляющего требование о Страховой выплате, по номеру факса Страховщика или лица, предъявляющего требование о Страховой выплате.
4. Документы, которые должны составляться в письменной форме, следует вручать другой стороне в соответствии с положениями настоящей статьи.
5. Документы в письменной форме вручаются адресату по почтовому адресу, указанному в страховом полисе, или по иному адресу, указанному Страхователем или лицом, предъявляющим требование о Страховой выплате.
6. Стороны обязаны информировать друг друга о любом изменении адресов. Переписка и контакты со Страховщиком осуществляются на польском или английском языках.

Статья 9. Исключение ответственности Страховщика

1. Страхованием не охвачены случаи, в которых Застрахованный:
 - 1) является участником походов или экспедиций в места с экстремальными

- климатическими или природными условиями, на обширную ненаселенную территорию (например, в пустыню, открытое море);
- 2) не освободил от обязанности сохранения врачебной тайны лечащего врача или организацию в случае и в объеме, необходимом для установления ответственности Страховщика.
2. Страховщик не несет ответственности за Страховой случай, являющийся следствием:
 - 3) умышленных действий Застрахованного или лица, с которым Застрахованный проживает в совместном домашнем хозяйстве;
 - 4) грубой неосторожности Застрахованного, за исключением случаев, когда реализация выплаты в данных обстоятельствах оправдана соображениями справедливости.
 3. Страхованием не охвачены случаи, когда Событие, повлекшее ущерб, произошло в связи с:
 - 1) хулиганским поведением Застрахованного или в связи с преступной деятельностью;
 - 2) активным или пассивным участием Застрахованного в военном конфликте, миротворческих миссиях, боевых или военных акциях;
 - 3) активным или пассивным участием в бунтах, демонстрациях, восстаниях или беспорядках, публичных актах насилия, забастовках или вследствие вмешательства или решений органов государственной администрации;
 - 4) активным участием Застрахованного в Террористическом акте или подготовке к нему;
 - 5) нарушением директив или правил, направленных на обеспечение безопасности, действующих в данной стране, или если Застрахованный нарушил технику безопасности, не использовал в момент наступления страхового случая надлежащие защитные средства (шлем при верховой езде или езде на велосипеде, лыжах и сноуборде, шлем и спасательный жилет при занятиях водными видами спорта и т. п.) или не имел необходимых действительных удостоверений и сертификатов, например, водительского удостоверения, сертификата дайвера-любителя и т. п.;
 - 6) последствиями нахождения Застрахованного в нетрезвом состоянии, состоянии после употребления спиртных напитков, наркотиков или иных наркотических средств, психотропных веществ или лекарственных препаратов похожего действия – если Застрахованный знал или должен был знать о таком действии лекарственного препарата исходя из информации на упаковке или инструкции, содержащей информацию о влиянии лекарства на психосоматические способности, если это повлияло на наступление или увеличение размера убытка;
 - 7) занятиями видами спорта, на которые не распространяется страховая защита, в том числе:
 - а. занятиями обычными видами спорта в рамках занятий спортом высших достижений, в связи с занятиями спортом на профессиональном уровне или в рамках участия в Публичных спортивных соревнованиях и подготовки к ним;
 - б. занятиями видами спорта, сопряженными с высоким риском; в. занятиями Экстремальными видами спорта; действиями, в связи с которыми Застрахованный нарушил законодательство, действующее на территории данного государства;
 - 8) исполнением должностных обязанностей военнослужащего, полицейского, члена иного силового ведомства, подразделения или службы безопасности.
 4. Кроме того, страхование не распространяется на случаи, когда Событие, повлекшее ущерб:
 - 1) было вызвано ядерной энергией, ядерной угрозой или наступило в связи с ней;
 - 2) было известно в момент заключения договора страхования;
 - 3) наступило вследствие самоубийства, попытки совершить самоубийство или вследствие умышленного членовредительства Застрахованного;
 - 4) наступило во время поездки, начатой Застрахованным после публикации Всемирной организацией здравоохранения или подобной организацией информации о том, что поездки в данное государство или регион не рекомендованы;
 - 5) было вызвано химическим или биологическим загрязнением;
 - 6) наступило во время использования пиротехники или огнестрельного оружия.
 5. Кроме исключений, перечисленных в предыдущих статьях настоящего ПС, Страхование медицинских расходов не распространяется на следующие случаи:
 - 1) когда медицинское обслуживание связано с заболеванием или травмой, которые наступили в течение 12 месяцев, предшествующих Сроку страхования, или наступили на территории Страны постоянного проживания до выезда за границу, с осложнениями, которые появились во время лечения заболевания или травмы, на которые не распространяется настоящее страхование; с нарушением здоровья, симптомы которого присутствовали до начала Срока страхования, даже если оно не обследовалось врачом и не лечилось;
 - 2) когда медицинское обслуживание показано и адекватно, но не является неотложным и может быть предоставлено по возвращении на территорию Страны постоянного проживания;
 - 3) когда поездка совершается с целью начать или продолжить начатое ранее лечение;
 - 4) лечение симптомов, связанных с зависимостью от алкоголя или иных веществ, в соответствии с подпунктом 6 п. 3 ст. 10;
 - 5) обследование (включая лабораторные анализы и УЗИ) с целью установления факта беременности, прерывание беременности, любые осложнения при угрозе выкидыша, любые осложнения после 26 недели беременности, роды, обследование и лечение бесплодия, искусственное оплодотворение, а также расходы, связанные с контрацепцией и гормональным лечением;
 - 6) расходы на стоматологическое лечение и связанные с ним услуги в случаях, когда это не является безотлагательным, расходы на протезы, коронки, модификацию челюстей, ортодонтические аппараты, мосты, удаление зубного камня или налета, а также расходы, связанные с лечением кариеса;
 - 7) психические заболевания и расстройства, психотерапия и психоанализ;
 - 8) лечение Близким лицом или лицом без надлежащей квалификации, а также в случае медицинских процедур, проведенных вне медицинских учреждений, лечения методами, не признаваемыми в Республике Польша или в месте наступления События, повлекшего ущерб;
 - 9) расходы на спасательную операцию, связанную с поисками Застрахованного лица, если отсутствовала угроза его жизни или здоровью;
- 10) покупка лекарств, выдаваемых без письменного предписания врача;
 - 11) профилактические прививки или последствия отсутствия обязательных прививок перед выездом за границу;
 - 12) профилактическое обследование, контрольное обследование, обследование или медобслуживание, не связанные с Острым заболеванием или Несчастливым случаем;
 - 13) реабилитация, физиотерапия и лечебные ванны;
 - 14) мануальные процедуры, тренировочная терапия или тренировка физической выносливости;
 - 15) инфекционные венерические заболевания, включая инфицирование ВИЧ/СПИД;
 - 16) изготовление и ремонт протезов (ортопедических, стоматологических), очков, контактных линз или слуховых аппаратов;
 - 17) расходы на ортезы, за исключением ситуаций, когда их использование предписано лечащим врачом в качестве единственного возможного способа лечения травмы, в этом случае признаются только ортезы в базовом исполнении;
 - 18) расходы на обслуживание выше стандартного (т. е. расходы на медобслуживание, выходящее за рамки стандарта в стране, в которой наступил Страховой случай);
 - 19) расходы на дополнительные лекарственные препараты, витаминные препараты и биоактивные добавки;
 - 20) расходы на косметические процедуры, эстетические и пластические операции;
 - 21) осложнения, связанные с несоблюдением схемы лечения, предписанного лечащим врачом.
6. Страховщик не возмещает расходы:
 - 1) понесенные Застрахованным или иными лицами для установления связи со Страховщиком или Ассистанс-центром;
 - 2) на телефонные разговоры, включая стоимость роуминга при звонках за границу.

Статья 10. Обязанности Страхователя

1. Если Страхователь заключает договор страхования в пользу третьего лица (Застрахованного), Страхователь обязан предоставить Застрахованному ПС и ознакомить Застрахованного с содержанием договора страхования и ПС, а также сообщить Застрахованному его права и обязанности, вытекающие из заключенного в его пользу договора страхования.
2. При заключении договора страхования в чужую пользу обязанности, предусмотренные предыдущими пунктами настоящей статьи, возлагаются и на Страхователя, и на Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованный не знал о заключении договора страхования в его пользу.
3. Страхователь обязан сообщить Страховщику без излишнего промедления об изменении адреса своего места жительства или адреса для переписки.
4. Страхователь по требованию Ассистанс-центра обязан доказать надлежащую уплату страховой премии в размере, указанном в страховом полисе (например, путем представления копии выписки из банковского счета).
5. Если Страхователь одновременно является Застрахованным, на него возлагаются также все обязанности Застрахованного.

Статья 11. Обязанности Застрахованного или лица, предъявляющего требование о страховой выплате

1. Застрахованный обязан, по мере возможностей, предотвратить увеличение размера убытка и ограничить его последствия.
2. При Остром заболевании или Несчастном случае Застрахованный обязан незамедлительно обратиться к врачу и следовать его указаниям, а если того требует Страховщик, пройти за счет Страховщика медицинское обследование, указанное Страховщиком.
3. Обязанности Застрахованного, вытекающие из настоящей статьи, относятся также к лицу, предъявляющему требование о Страховой выплате.
4. При наступлении События, повлекшего ущерб, Застрахованный обязан:
 - 1) незамедлительно, прежде чем самостоятельно предпринять какие-либо действия, в течение 48 часов с момента наступления События, повлекшего ущерб, связаться с Ассистанс-центром по телефону +48 22 575 98 48;
 - 2) сообщить, какая требуется помощь, в каких обстоятельствах и по какому адресу находится Застрахованный;
 - 3) сообщить всю имеющуюся информацию, необходимую для установления права на получение Страховых выплат, в частности: номер страхового полиса, имя и фамилию Застрахованного;
 - 4) точно описать обстоятельства наступления События, повлекшего ущерб, в частности, сообщить дату и место его наступления;
 - 5) сообщить номер контактного телефона, по которому Ассистанс-центр может связаться с Застрахованным.
5. Если по независимым от него причинам, являющимся следствием наступления События, повлекшего ущерб, Застрахованный не мог обратиться в Ассистанс-центр с просьбой о помощи до реализации услуг, он должен это сделать незамедлительно после прекращения этих причин, не позднее 7 дней со дня их прекращения.
6. Кроме того, при наступлении События, повлекшего ущерб, Застрахованный обязан:
 - 1) соблюдать указания Ассистанс-центра и эффективно с ним сотрудничать, выполняя обязанности, предусмотренные ПС;
 - 2) предварительно согласовать с Ассистанс-центром транспортировку, о которой говорится в подпунктах 7, 8, 9, 10 п. 8 ст. 3 настоящих ПС, и следовать его указаниям;
 - 3) незамедлительно сообщить о Событии, повлекшем ущерб, в полицию по месту наступления события, если событие произошло при обстоятельствах, указывающих на совершение преступления или административного правонарушения, и представить Страховщику полицейский протокол;
 - 4) после наступления События, повлекшего ущерб, собрать доказательства, свидетельствующие о масштабах События, повлекшего ущерб, на основании дознания, проведенного полицией или иными органами, проводящими

- дознание, в том числе фото- и видеоматериалы, видеозаписи, показания третьих лиц и т. п.;
- 5) предоставить Ассистанс-центру необходимые полномочия, а также дать правдивые и полные ответы на все вопросы Ассистанс-центра, касающиеся События, повлекшего ущерб, и его последствий;
 - 6) сотрудничать и обеспечить Ассистанс-центру возможность осуществить все необходимые действия в целях установления обстоятельств наступления События, повлекшего ущерб, имеющих значение для оценки требования о Страховой выплате и ее размера;
 - 7) предоставить Ассистанс-центру полномочия в письменной форме (ее несоблюдение влечет недействительность полномочий) получать информацию и заключения лечащих врачей и иных лиц и органов по вопросам, связанным с Событием, повлекшим ущерб, в объеме, необходимом для назначения Страховой выплаты;
 - 8) без излишнего промедления уведомить Ассистанс-центр о возбуждении в отношении Застрахованного производства по уголовному делу и иного производства подобного рода в связи с Событием, повлекшим ущерб, и сообщать в Ассистанс-центр соответствующие действительности сведения о ходе и результатах такого производства;
 - 9) для получения информации о состоянии здоровья Застрахованного или причине смерти Застрахованного освободить лечащего врача от обязанности хранить врачебную тайну перед Ассистанс-центром.
7. Застрахованный обязан действовать с соблюдением соответствующих правил безопасности, действующих в данной стране, в том числе использовать соответствующие средства индивидуальной защиты (шлем при езде на велосипеде, лыжах и сноуборде, шлем и спасательный жилет при занятиях водными видами спорта и т. п.), а если к такого рода деятельности повсеместно, в обязательном порядке и обоснованно предъявляются подобные требования, иметь соответствующие удостоверения и сертификаты, например, водительское удостоверение, сертификат дайвера-любителя и т. п.
8. По требованию Ассистанс-центра Застрахованный или лицо, предъявляющее требование о Страховой выплате, обязаны за свой счет обеспечить заверенный перевод на польский или английский язык документов, необходимых для установления ответственности Страховщика в связи с наступлением События, повлекшего ущерб.
9. Если Застрахованный заключил договор страхования такого же или похожего характера в другой страховой компании, он обязан сообщить Страховщику об этом факте.
10. Каждое лицо, предъявляющее требование о Страховой выплате, обязано представить документы, требуемые Ассистанс-центром, если они влияют на установление ответственности Страховщика по страховой выплате, а также на размер и характер страховой выплаты.
11. Лицо, предъявляющее требование, обязано представить Страховщику следующие документы: копии полной врачебной документации, оригиналы счетов и документов, подтверждающих оплату медицинских услуг, лекарств, прописанных врачом (в том числе копии рецептов), транспортировки, копию полицейского отчета/протокола (если событием занималась полиция) вместе с прочими документами, предоставления которых потребует Ассистанс-центр.
12. Если Застрахованный умышленно или по грубой неосторожности не исполнил какую-либо обязанность, вытекающую из настоящих ПС, и это повлияло на объем ответственности Страховщика или размер выплаты, Страховщик вправе уменьшить размер выплаты в той степени, в какой неисполнение этих обязанностей повлияло на увеличение убытка или размера выплаты Страховщика либо помешало Страховщику установить обстоятельства и последствия событий.

Статья 12. Права и обязанности страховщика

1. Кроме обязанностей, вытекающих из Гражданского кодекса РП и остальных положений, предусмотренных настоящими ПС и договором страхования, Страховщик обязан вернуть документы, возврата которых потребует Застрахованный, за исключением оригиналов документов, подтверждающих оплату, на основании которых была произведена Страховая выплата.
2. Страховщик вправе, в частности:
 - 1) проверять факт наступления, ход и масштаб События, повлекшего ущерб (в том числе требовать дачи показаний свидетелями из числа лиц, участвовавших в событии, предоставления экспертных заключений и других документов);
 - 2) требовать и проверять врачебные отчеты, медицинскую документацию.
3. Если Застрахованный нарушит обязанности, вытекающие из настоящих ПС, Страховщик вправе соответствующим образом уменьшить страховую выплату.

Статья 13. Порядок предъявления рекламаций

таблица выплат и лимитов

		СТРАХОВАЯ СУММА / ЛИМИТЫ
		Шенгенская зона
Страхование медицинских расходов (СМР)	Страхование медицинских расходов – страховая сумма (СМР)	60 000 €
	- репатриация и транспортировка	фактические расходы в пределах страховой суммы СМР
	- помощь врача-стоматолога	200 €

1. Настоящим порядком предъявления рекламаций определены правила предъявления и рассмотрения Рекламаций, предъявляемых Клиентами по поводу оказываемых Страховщиком услуг, вытекающие из настоящих Правил страхования, в соответствии с законом от 5 августа 2015 г. «О рассмотрении рекламаций субъектами финансового рынка и об уполномоченном по правам потребителей в финансовой сфере».
2. Рекламация подается в отдел качества Страховщика:
 - 1) в письменной форме:
 - a. лично по месту нахождения Страховщика или
 - b. почтовым отправлением на адрес Страховщика:
Dział Jakości
Inter Partner Assistance Oddział w Polsce
ul. Giełdowa 1
01-211 Warszawa, Польша.
 - 2) в электронной форме на адрес электронной почты: quality@axa-assistance.pl
3. Рекламация должна содержать следующие сведения:
 - 1) полный адрес для корреспонденции или
 - 2) адрес электронной почты, на который следует отправить ответ
 - 3) сведения о договоре страхования
 - 4) описание проблемы, предмета и обстоятельств в обоснование Рекламации
 - 5) ожидаемые действия.
4. Если в процессе рассмотрения жалобы необходимым будет получение дополнительной информации о заявлении, Страхователь известит об этом Клиента с целью предоставления данных и информации, необходимых для рассмотрения жалобы.
5. Страховщик обязан ответить без лишнего промедления, в течение 30 дней со дня получения Рекламации. Для соблюдения указанного срока достаточно выслать ответ до его истечения.
6. В особо сложных случаях, не позволяющих рассмотреть и ответить на Рекламацию в срок, предусмотренный п. 5, Страховщик:
 - 1) объясняет причину промедления,
 - 2) указывает обстоятельства, которые необходимо выяснить для рассмотрения дела,
 - 3) определяет предполагаемый срок рассмотрения Рекламации и представления ответа на нее.
7. Страховщик отправляет ответ на почтовый адрес, указанный в подпункте 1 п. 3, за исключением случаев, когда Клиент просит отправить ответ по электронной почте. В этом случае ответ отправляется по электронной почте на адрес, указанный в подпункте 2 п. 3.
8. Переписка и контакты со Страховщиком осуществляются на польском языке.
9. Правом, применимым к договорам страхования, к которым применяются настоящие Правила страхования, является польское право.
10. Все споры, вытекающие из настоящего договора страхования или связанные с ним, рассматриваются согласно общим правилам подсудности или в суде по месту жительства или месту нахождения Страхователя, Застрахованного или лица, имеющего право на страховую выплату по договору страхования, а в случае предъявления иска наследником Застрахованного или наследником лица, имеющего право на страховую выплату по договору страхования – в суде по месту жительства наследника Застрахованного или наследника лица, имеющего право на страховую выплату по договору страхования.
11. Независимо от вышеизложенного Клиент вправе обратиться за помощью к городским или повятовым уполномоченным по правам потребителей и к уполномоченному по правам потребителей в финансовой сфере.
12. Финансовый омбудсмен является субъектом уполномоченным к проведению судебного производства во внесудебном разрешении потребительских споров, в соответствии с законом с 23 сентября 2016, о внесудебном разрешении потребительских споров. Более подробная информация доступна на сайте Финансового омбудсмена <https://rf.gov.pl>.
13. Существует возможность проведения внесудебного разбирательства, целью разрешения споров между потребителем, проживающим на территории Европейского Союза и Страхователем, посредством интернет-платформы <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Адрес электронной почты Страхователя quality@axa-assistance.pl.

Настоящие ПС утверждены Приказом генерального директора Inter Partner Assistance. Филиал в Польше № 13/2022 от 19.01.2022 г. и применяются к договорам страхования, заключаемым начиная с 01.02.2022 г.

