



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 10, Artykuł 11 ust. 4, Artykuł 12 ust. 12, Artykuł 13 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

Pojęciom 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 czyjaś 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 S.A. Warszawa, ul. Prosta 68.
3. **Cudzoziemiec** – osoba fizyczna nieposiadająca obywatelstwa polskiego.
4. **Klient** – będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony 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 bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia Ubezpieczonego niezależnie od jego woli i wymaga niezwłocznego i bezwzględnie 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 ubezpieczonego 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 zwykle 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, palarotniarstwo 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, jazdy 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 ruch 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 zwykle 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 pięcio-, siedmio- i dziesięciobojem, balet, białton, 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, polowania lub gonitwy sportowe (za wyjątkiem polowań na egzotyczne dzikie zwierzęta), minibike, mini gokarty, gokarty, sporty wodne uprawiane przy użyciu sprzętu silnikowego, mountairboarding 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, rugby, rope jumping, wędkowanie z łódki lub wędkarstwo sportowe, jazda szybka na łyżworolkach, safari, kajakerstwo morskie, trójbój 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 nebo 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 zwykle** – następujące rodzaje zwykłej, wycieczkowej 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, footbag, piłka nożna, frisbee, goalball, golf, piłka ręczna, kolarstwo górskie (za wyjątkiem zjazdów), cheerleaders, jazda na rolkach in-line, jazda konna, jazda na sioniu 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, krykiot, snooker, kulki, kulturystyka, kręgle, narciarstwo na wyznaczonych trasach, eisstock, 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 do głębokości 10 metrów z instruktorem lub bez instruktora przy założeniu, że Ubezpieczony jest posiadaczem potrzebnego certyfikatu (uprawnień), rafting o stopniu trudności WW1, wędkarstwo z brzegu, 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 rurką, taniec towarzyski, tenis, taijiquan, czukbol, wiolarstwo, narty wodne, piłka wodna, siatkówka, turystyka lub trekking w niezbyt wymagającym terenie o stopniu trudności najwyższej 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, zayo). 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** – osiąganie 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 do 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 żywienia 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 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 przysługuje 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 ciąży 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 zafałszowany, 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

- 5) udostępnić Ubezpieczycielowi informacje na temat stanu zdrowia Ubezpieczonego i wyrazić zgodę na zbadanie 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 obowiązki Ubezpieczyciela do udzielenia świadczeń.
- 5) Stwierdzanie 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 wypełnia 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 żądać od Ubezpieczonego części lub całości wypłaconego świadczenia (odszkodowania).

Artykuł 8. Przetwarzanie danych osobowych

1. Administratorem danych osobowych, w tym danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową jest Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Prostej 68. Dane te będą przetwarzane w celu wykonywania umowy, w celu analitycznym oraz w celach marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług.
2. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy.
3. Osobie, której dane zostały podane we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przysługuje prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania.

Artykuł 9. 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 ubezpieczonym 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 ustalaniem 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 10. 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 zwołał 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 przez energię 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 samookaleczenia 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 posługiwania 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 leżone;
 - 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 podróż 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 nązębego 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, fizykoterapii i kąpielii leczniczych;
 - 14) zabiegów kręgarskich, 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 łącznie z kosztami roamingu przy oddzwanianiu za granicę.

Artykuł 11. 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 składki 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 12. Obowiązki Ubezpieczonego lub osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczony zobowiązany jest, w miarę możliwości zapobiec zwiększeniu 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, poddać 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 13. 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.

Artykuł 14. 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. Prosta 68,
00-838 Warszawa
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: quality@ipa.com.pl
3. Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
 - 1) pełen adres korespondencyjny lub
 - 2) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - 3) wskazanie umowy ubezpieczenia
 - 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 poinformuje o tym Klienta, w celu dostarczenia przez Klienta wszelkich danych i informacji, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel w zakresie 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 wniósł 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 posądzającego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o posądzającym 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@ipa.com.pl.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Zarządzeniem Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance Oddział w Polsce nr 07/2017 z dnia 09.01.2017 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 10.01.2017 r.

Jan Čupa



Dyrektor Generalny
Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce

Tabela świadczeń i limitów

		SUMA UBEZPIECZENIA/ / LIMITY
		Strefa Schengen
Ubezpieczenie Kosztów Leczenia (UKL)	Ubezpieczenie Kosztów Leczenia – suma ubezpieczenia (UKL)	€ 60000
	- repatriacja i transport	rzeczywiste koszty w ramach sumy ubezpieczenia UKL
	- pomoc lekarza stomatologa	€ 200



GENERAL TERMS AND CONDITIONS of health insurance for foreigners

	TYPE OF INFORMATION	PROVISIONS FOR THE GENERAL TERMS AND CONDITIONS FOR MEDICAL INSURANCE FOR FOREIGNERS
1.	Premises for the payment of benefit or the redemption value of insurance	Article 2 item 26, Article 3 sections 1, 6; Article 5 section 1, Article 6 section 1, the Benefits and limits table.
2.	Limitations and exclusions of liability of the insurer, entitling the insurer to refuse the payment of benefit or to reduce it.	Article 3 section 8, Article 5 section 2, Article 6 section 1, section 3 item 4), sections 4, Article 7 sections 4 and 5, Article 10, Article 11 section 4, Article 12 section 12, Article 13 section 3, the Benefits and limits table.

GENERAL TERMS AND CONDITIONS of health insurance for foreigner

PARTICOMMON PROVISIONS

Article 1. General Provisions

1. These General Terms and Conditions of Insurance, hereinafter referred to as the GTC, shall apply to insurance contracts concluded by and between Inter Partner Assistance S.A. seated in Brussels and operating in Poland through Inter Partner Assistance S.A. Branch in Poland, a part of AXA Group, hereinafter referred to as the Insurer, and the Policy Holders.
2. An insurance contract may be concluded for somebody else's account. In such case, these GTC shall apply respectively to the person for whose account the insurance contract has been concluded.

Article 2. Definitions

Terms used in these GTC and other documents related with the insurance contract shall have the following meaning:

1. **Act of Terror** - a use of or a threat to use force or violence by any person or a group of people, independently or for another party's account, or in collaboration with any organisation or government, undertaken for political, religious, ideological or ethnic reasons or purposes, which causes damage to human health, property, tangible or intangible values or infrastructure, including any attempt to influence any government or intimidate a population or a part thereof.
2. **Assistance Centre** - an organisational unit that, on behalf of the Insurer, deals with organising and providing assistance services specified herein to the Insured and with claims adjustment; The Assistance Centre address is: Inter Partner Assistance Polska S.A. Warszawa, ul. Prosta 68.
3. **Foreigner** - a natural person who is not a citizen of Poland.
4. **Client** - a natural person in the role of the Policyholder, the Insured, the Beneficiary or the Entitled under the insurance contract.
5. **Country of Permanent Residence of the Insured** - a country in which the Insured has been residing for at least one year immediately prior to the conclusion of the insurance contract and in which the Insured's personal and professional life is centred, or in which the Insured is covered under a public health insurance scheme. A country in which a specific person is staying in order to learn or to which that person has been delegated to work shall not be regarded as a Country of Residence;
6. **Sudden Illness** - a sudden disorder of the Insured's health occurring during the Term of Insurance, the nature of which makes it an immediate threat to the Insured's life or health, independent of the Insured's will, and which requires necessary and immediate treatment. A health disorder whose treatment started before the start of the Term of Insurance or a health disorder whose symptoms occurred before the start of the Term of Insurance even if it has not been examined by a doctor or treated.
7. **Accident** - an unexpected and sudden event caused by an external cause during the Term of Insurance, the nature of which makes it an immediate threat to the Insured's life or health, as a result of which the Insured has suffered an injury, damage to his/her life or died independently of his/her will.
8. **Terms of Insurance** - a period for which the Insurance has been concluded as specified in the policy.
9. **Close Person** - a person living in the same household with the Insured as of the day of an Insured Event who is, in relation to the Insured:
 - 1) a spouse or a cohabiting partner,
 - 2) a child, a step child, an adopted child or a foster child,
 - 3) a parent, an adoptive parent, a father-in-law, a mother-in-law, a stepfather, a stepmother,
 - 4) a grandfather, a grandmother, a grandchild, a sibling, a son-in-law, a daughter-in-law.
10. **Beneficiary** - a person who acquires the right to Insurance Benefits as a result of an Insured Event.
11. **Publicly Organised Sports Competition** - a competition organised by any physical culture organisation or a sports club, as well as any preparations to such competition or a prepared expedition aimed at obtaining special sports achievements.
12. **Complaint** - a motion of the Client in which the Client states his/her objections regarding services provided by the Insured.
13. **Extreme Sports** - any Ordinary Sports and High-Risk Sports in relation with Achievement-Oriented Performance thereof or during a Publicly Organised Sports Competition and preparations thereto as well as the following sports performed either recreationally or on an achievement-oriented basis or as part of Professional Performance of Sports or during a Publicly Organised Sports Competition and preparations thereto: aikido, judo, karate, taekwondo, kick-boxing and other martial arts, freestyle skiing, alpinism, boxing, Greco-Roman and other wrestling styles, canyoning, four cross, freeride, freeskiing, freestyle, heliskiing, mountaineering, sea yachting, mountain canoeing with difficulty level WW4 and WW5, icfall climbing, icebreaker climbing, artificial wall climbing, moguls, monoski, paragliding and hang-gliding (rogallo), parachuting, scuba diving at depths more than 40 meters - provided that the Insured is duly licensed (certified) to do so, diving with sharks, rafting with difficulty level WW4 and WW5, speed skating, sleighing on designated tracks, bobsleighbing on designated tracks, snowtubbing on designated tracks, downhill mountain biking, skial-pinism, skibobs, skitouring, bungee jumping, snowboarding outside designated routes, snowkiting, snowrafting, snowtrampoline, speleology, street luge, tour-ism or trekking with difficulty level above 3 UIAA with the use of appropriate equipment or moving or staying at heights above 5,000 m above sea level, via ferrata with difficulty level D and E.
14. **High-risk Sports** - all Ordinary Sports performed on an achievement-related basis or during Publicly Organised Sports Competition and preparations thereto as well as the following sports performed either recreationally or on an achievement-oriented basis or as part of Professional Performance of Sports or during a Publicly Organised Sports Competition and preparations thereto: cosmic wheel, acrobatic rock'n'roll, American football, athletics including pole vault and penta-, hepta- and decathlon, ballet, biathlon, BMX biking, bouldering, various styles of human hamster ball, buggykiting, cross-country cycling, cyclo-trial, horseracing, duathlon, flying fox, firefighting sports (including rescue service drills), historic (combat) fencing, ice hockey, field hockey, street hockey, yachting - coastal cruises, riding in U-ramp (rollerblade skates, skate-board), riding snowmobiles/snow scooters, mountain canoeing with difficulty level WW5 and WW5, kite boarding, kite surfing, kiting, figure skating, quadrathlon, lacrosse, archery, hunting and sport pursuits (except for hunting for exotic animals), minibikes, mini go carts, go carts, water sports performed with the use of motor equipment, mountinboarding on designated routes, paintball, parasailing, modern modern pentathlon, underwater rugby, pole dancing, scuba diving at depths to 40 meters with or without an instructor - provided that the Insured is duly licensed (certified) to do so, dog and horse carting, rafting with difficulty WW5 and WW5, rugby, rope jumping, boat fishing or sport fishing, speed rollerblade skating, safari, sea kayaking, power triathlon, powerbocking, skateboarding, skiathlon, diving, sledge hockey, snow bungee kayaking, snow bungee rafting, gymnastics, sport shooting (shooting at targets with firearms), surfing, windsurfing, trampoline, triathlon (including ironman events), high mountain tourism nebo trekking on designated routes with difficulty level max. 3 UIAA with the use of appropriate equipment or moving or staying at heights between 3,000 m and 5,000 m above sea level, via ferrata with difficulty B and C, high rope obstacle courses (up to 10 m), weightlifting, wakeboarding, wally ball, zorbing.
15. **Ordinary Sports** - the following types of ordinary leisure sport activities and sports performed at a recreational level: aerobic, airsoft, aquaerobic, badminton, baseball, basketball, running, crosscountry skiing on designated routes, boccia, bowling, bridge, ice skating, bumerang, bungee running, trampoline bungee, curling, cycling, bicycle tourism, dragon boat, fitness and bodybuilding, uni-hockey, football, football, frisbee, goalball, golf, handball, mountain biking (no downhill), cheerleaders, inline skating, horse riding, elephant or camel riding, water banana, pedalo, yoga, mountain canoeing with difficulty level WW1, card games and other table games, cardio kickbox, scooter, bicycle ball, korfbal, cricket, snooker, balls, bodybuilding, bowling, skiing on designated routes, eisstock, low rope obstacles (up to 1.5 m), mini trampoline, gymnastics, footvolley, foot orienteering (including with a radio), pétanque, swimming, beach volleyball, scuba diving at depths of not more than 10 meters with or without an instructor - provided that the Insured is duly licensed (certified) to do so, rafting with difficulty WW1, onshore fishing, showdown, snowboarding on designated routes including snow parks, softball, spinning, sport model making, squash, table football, table hockey, table tennis, streetball, synchronised swimming, chess, fencing (classical), darts, skorkelling, ballroom dancing, tennis, taijiquan, tchoukball, rowing, water skiing, waterball, voleyball, tourism or trekking in not too demanding terrain with difficulty max. 1UIAA and on designated routes and without the use of climbing equipment or movement and stay at heights of up to 3,000 m above sea level, via ferrata with difficulty A, juggling (diabolo), fireshow, juggling, yoyo). Performance of Ordinary Sports at a recreational level shall be covered under this Travel Insurance without raising the basic insurance premium.
16. **Schengen Area** - the territory where internal border control has been abolished and where common policies have been guaranteed regarding external border protection, personal data protection, collaboration between member states' police services (in particular the right to cross-border pursuits), com-mon visa policy, extradition/transfer of persons between states and freedom of movement, in force under an agreement made on 14 June 1985 in Luxembourg and complementary documents.
17. **Insurance Benefit** - a benefit that the Insurer is obligated to provide in the event of an Insured Event in accordance with these GTC and the insurance contract.
18. **Benefits and Limits Table** - a specification of sums insured and limits of Insurance Benefits under the insurance cover; the Benefits and Limits Table is an integral part of the GTC.
19. **Policy Holder** - a natural person, a legal person or an organisational unit without a legal personality that concluded an insurance contract with the Insurer.
20. **Insured (Insured Person)** - a foreigner whose legal interest specified herein is the subject of insurance.
21. **Achievement-Oriented Performance of Sports** - a form of physical activity involving performance of sports in order to achieve, by means of competition, maximum sports achievements by persons who are members of all types of sport clubs, associations and organizations, including participation in training and training camps.
22. **Negligence of Prophylaxis** - a situation in which the Insured does not regularly (i.e.

- at least once a year) undergo a prophylactic dental or gynecological examination.
23. **Professional Performance of Sports** - per forming sports in return for money or other remuneration under a contract with a sports organization, or a sport activity performed by an athlete in return for remuneration that is the athlete's source of income. For the purpose of this insurance, also sport team members are regarded as professional athletes.
 24. **Fortuitous Event** - an event which can reasonably be assumed to be likely to happen during the Term of Insurance, but at the time of concluding the insurance there is no knowing whether or when it will happen.
 25. **Claims Event** - a circumstance that caused a claim and that could give grounds to the right to Insurance Benefits.
 26. **Insured Event** - an insured Fortuitous Event specified in these GTC which occurred during the Term of Insurance and gave grounds to the Insurer's obligation to provide an Insurance Benefit to the Insured or a third party in accordance with the provisions of these GTC. Events caused by a single cause and involving all circumstances and effects thereof that are in a cause and effect relationship, are linked by the time of occurrence or another direct factor shall be deemed as a single Insured Event.

Article 3. Subject and scope of Insurance

1. The subject of insurance is coverage or refunding of the cost of the Insured's treatment if:
 - a. the Claims Event that made the treatment necessary occurred in a Schengen Area member state and
 - b. the treatment has been conducted in a Schengen Area member state which is not the Country of Permanent Residence of the Insured.
2. The Insurance may be concluded for the Term of Insurance that is a multiple of monthly periods, minimum for 1 month, and maximum for 36 months.
3. The Insurance shall cover the following types of travel:
 - 1) educational travel or stay;
 - 2) tourist travel or a stay for recreational or sightseeing purposes, a stay for holidays or a stay related to recreational or sport activity not oriented to improving sport performance;
 - 3) business travel – regardless of the legal relationship under which the work is provided; a stay involving office or physical work.
4. The Insurance Contract may be concluded only in the form of individual insurance where only one person is the Insured.
5. The Insurance shall include a Medical Insurance (MI); The Subject of Insurance includes medically necessary and documented costs of treatment of the Insured who had to undergo treatment during his/her travel or stay in the Schengen Area.
6. Deemed as an Insured Event shall be a Sudden Illness or Accident suffered by the Insured which occurred during the Term of Insurance and requires necessary and immediate treatment.
7. The Insurer shall cover the necessary, unavoidable and reasonable costs of medical treatment and procedure related to an Insured Event, including diagnostic procedures directly related thereto which were indicated by a doctor to sufficiently stabilise the Insured's health so that he/she could continue his/her travel or return to his/her Country of Permanent Residence to continue the treatment.
8. Deemed as costs of treatment covered hereunder shall be:
 - 1) tests necessary to make a diagnosis and choose an appropriate treatment procedure;
 - 2) necessary medical aid;
 - 3) hospitalisation in a standard room with an ordinary equipment and ordinary medical assistance for as long as it is necessary as well as related costs of treatment, including an operation, anaesthesia, medications, materials and hospital food;
 - 4) medications prescribed by a doctor in relation to the Insured Event, appropriate for the nature of the Insured Event;
 - 5) dentist aid at acute tooth aches treated by means of extraction or basic filling (including x-ray) and procedures directly related to alleviate painful mucous membrane of the oral cavity that is not a result of Negligence of Prophylaxis; the aforementioned cost is covered up to the limit specified in the Benefits and Limits Table and does not limit the cost of dental treatment related with the Accident.
 - 6) transport of the Insured from the site of the Accident or Sudden Illness to the nearest appropriate medical facility (including also calling a doctor to the Insured) if the Insured is unable to use public transport; the aforementioned shall include an intervention by the mountain rescue service or transport by helicopter from the site of the Accident or Sudden Illness to the nearest appropriate medical facility if the Insured's health so requires.
 - 7) transport from a doctor to a medical facility or a medical facility to another specialist medical facility if the Insured's health so requires;
 - 8) medically reasonable transport from a medical facility to the place of stay if no public transport means can be used for that purpose;
 - 9) transport of the Insured back to his/her Country of Permanent Residence (repatriation) if the originally planned means of transport could not be used for medical reasons; a decision to repatriate the Insured shall be made by an Assistance Centre doctor on the basis of documents from the doctor who treated the Insured and other documents necessary to assess the Insured's health based on medical documentation.
 - 10) cost of transporting the Insured's body to the Country of Permanent Residence and other necessary costs related to transporting and temporary storage of the body.
9. If the Insured is unable to return to his/her Country of Permanent Residence within the Term of Insurance as a result of an Insured Event, the Assistance Centre shall ensure transport of the Insured as soon as his/her health allows

- and the term of the Medical Insurance shall be automatically extended until the moment the external border of the Schengen Area is crossed.
10. The Insured acknowledges and agrees that the Insurer and the Assistance Centre are under no circumstances authorized to substitute bodies of the institutions that provide first aid at the site of the Insured Event.

Article 4. Conclusion and termination of the Insurance Contract, the right to Insurance benefits, the Term of Insurance, Insurance Premium

1. The Insurance Contract shall be concluded on the basis of an insurance contract application.
2. If the Insurance Contract is concluded through the Internet, detailed information on the process of concluding the Insurance Contract is contained in the Rules of Concluding Insurance Contracts Through the Internet, hereinafter referred to as the Rules, available on the website www.axa-assistance-insurance.eu/pl through which the Insurance Contract is concluded.
3. The Insurance Contract is concluded upon payment of the premium in the amount specified in the insurance contract application.
4. If the Policy Holder fails to pay the insurance premium by the date specified in the insurance contract application, the application shall become invalid and the insurance contract shall be deemed as not concluded.
5. The Insurer shall determine the amount of the insurance premium on the basis of the insurance premium tariff in force as of the date of conclusion of the Insurance Contract. Such premium shall correspond to the length of the Term of Insurance, the Insured's age, individual risk assessment and other circumstances that may have impact on the amount of the premium. The insurance premium, the amount of which is specified also in the policy, shall be paid in a single payment for the entire Term of insurance.
6. The insurance premium shall be deemed as made:
 - 1) when the account of the entity that provides payment services to the Insurer has been credited with the amount of the insurance premium if the Policy Holder pays the Insurance Premium to the Insurer,
 - 2) when the account of the entity that provides payment services to the Insurer's agent has been credited with the amount of the insurance premium if the Policy Holder pays the Insurance Premium to the Insurer's representative,
 - 3) when cash has been paid to the Insurer's agent if the Policy Holder pays the Insurance Premium in cash to the Insurer's agent,
 - 4) when the amount of the Insurance Premium has been sent to the Insurer's bank account by postal order; deemed as payment shall be the moment of executing a postal order at a post office into an appropriate account of the Insurer confirmed with a postal order document, the moment of executing an irrevocable bank payment order bank into the Insurer's account or the moment of paying the insurance premium to the Insurer in a documented and irrevocable manner.
7. If the premium is paid in a lower amount than indicated in the policy, the Insurance Contract shall not be concluded.
8. The Insurer shall be due the insurance premium for the entire Term of Insurance.
9. The insurance cover shall commence at 00:00 hrs on the day indicated in the policy as the start date of the Term of Insurance.
10. The Insurer's liability shall expire upon:
 - 1) complete depletion of the sum insured or limits for individual Insured Events;
 - 2) termination of the Insurance Contract.
11. The insurance contract shall terminate:
 - 1) upon the lapse of the Term of Insurance, at 23:59 hrs on the day indicated in the policy as the end date of the Term of Insurance;
 - 2) on the day following the Insurer's receipt of a declaration of renouncing an insurance contract concluded remotely, in accordance with the provisions of the Rules of Concluding Insurance Contracts Through the Internet, hereinafter referred to as the Rules, available on the website www.axa-assistance-insurance.eu/pl;
 - 3) if an insurance contract is concluded for longer than 6 months, the Policy Holder has the right to renounce the insurance contract within 30 days from its date, and if the Policy Holder is an entrepreneur – within 7 days from the date of conclusion of the insurance contract.
 - 4) on the day of the Insured's death.
12. If an insurance contract is terminated before the end of the Term of Insurance, the Policy Holder shall be entitled to a refund of the insurance premium for the period of unused insurance cover; the date from which such refund is calculated shall be:
 - 1) with respect to Paragraphs 11.2) and 11.3) of this Article 4 – the day following the Insurer's receipt of a declaration of renouncing the insurance contract,
 - 2) with respect to Paragraph 11.4) of this Article 4 – the Insured's death.
13. The amount of the insurance premium subject to a refund for the unused Term of Insurance shall be determined proportionally to the unused Term of Insurance.
14. Termination of the Insurance Contract before the end of the Term of Insurance shall not relieve the Policy Holder from the obligation to pay the premium for the period during which the Insurer provided insurance cover.
15. If the Policy Holder wishes to renounce or terminate the Insurance Contract and apply for a refund of the premium, the Policy Holder is obliged to furnish the Insurer with a written declaration regarding its renouncement or termination of the contract.
16. In the case of the Insured's death, the person applying for a refund of the premium shall be obliged to furnish the Insurer with an abridge copy of the Insured's death certificate, a document that confirms the applicant's right to inheritance and an application for a refund of the insurance premium.

17. Declarations of renouncing or terminating an insurance contract and application for refunds of insurance premiums shall be invalid unless submitted to the Insurer in writing.

Article 5. Territorial reach of the Insurance, Insured persons

1. The Insurance shall cover Claims Events that occurred in the Schengen Area.
2. The Insurance shall not cover any Claims Events that occurred in:
 - 1) the Country of Permanent Residence of the Insured or
 - 2) a state where the Insured is covered under a public health insurance scheme, except when a specific Claims Event occurred in the Republic of Poland and the related treatment is provided in the Republic of Poland,
 - 3) a state where the Insured is staying illegally.
3. Under these GTC, the insurance may be concluded for Foreigners.

Article 6. Insurance Benefit, Deductible

1. The sum insured or the limit for specific types of benefits indicated in the Benefits and Limits Table shall be the upper limit of the Insurer's liability towards the Insured per one Insured Event. In addition to the above, the Benefits and Limits Table shows also the amount of deductible if such deductible has been established for the Insured.
2. The legitimacy of a claim and the amount of a benefit and compensation shall be established on the basis of a complete documentation specified in these GTC or a documentation indicated by the Insurer and submitted by the Insured, Beneficiary or a third party.
3. Guidelines for establishing the Insurer's liability:
 - 1) If an Insured Event occurs, a person filing a claim for an Insurance Benefit shall immediately inform the Insurer of that fact by submitting true explanations regarding the occurrence and effects of that event as well as third party rights and all other insurance contracts covering the same risks. Furthermore, the claiming person shall submit to the Insurer a complete documentation in accordance with these GTC. If the claiming person is not the Policy Holder or the Insured, the obligations set forth in this Paragraph shall be applicable also to the Policy Holder and the Insured. The Insurer reserves the right to verify the submitted documents.
 - 2) If a benefit is not due or is due in an amount other than specified in the claim, the Insurer shall communicate this fact in writing to either the claiming person or the person acting on his/her behalf and shall specify the circumstances or legal grounds that justify such complete or partial refusal to pay and advise on the possibility of asserting the claim in court.
 - 3) If a notification given in accordance with the preceding Paragraphs contains information relevant to the scope of the notified event which was intentionally misrepresented or falsified, or if such information was intentionally withheld, then the Insurer shall have the right to receive a refund of the costs that have been reasonably incurred in relation to investigating facts connected with such misrepresented or withheld information.
 - 4) At the Insurer's demand, in justified cases connected with determining the Insurer's liability, the Insured or Beneficiary (in the event of the Insured's death) shall be obliged to make available to the Insurer information regarding the Insured's health and agree to examine the Insured's health of causes of his/her death. If the Insured or Beneficiary do not agree to do so or withdraw their agreement granted in the course of the process of determining the Insurer's liability, and if doing so has a material impact on determining the amount of a relevant Insurance Benefit, the Insurer shall have the right to reduce the insurance benefit accordingly to the extent to which such lack of agreement/refusal has impact on the Insurer's liability to provide benefits.
 - 5) The facts referred to in the preceding Paragraph shall be determined on the basis of an examination conducted by a doctor designated by the Insurer. In such case, the Insurer shall cover the following costs:
 - a) costs related to an assessment of the Insured's health or the medical examination;
 - b) travel expenses (in the amount of a ticket for public bus or rail transport in 2nd Class);
 - c) costs of preparing a medical report, if required.
 - 6) If the Insurer does not demand any medical assessment, examination or report, no costs related thereto shall be paid.
4. The Insurer shall pay the benefit up to the amount of the sum insured or limits applicable to specific events, however not more than the costs that the Assistance Centre could have incur while organising the aid itself.
5. The Insurer is obliged to pay due benefit within 30 days from its receipt of the Insured Event notification.
6. If it is impossible to establish the circumstances necessary to determine the Insurer's liability or the amount of a benefit within the date set forth in Paragraph 5 of This Article 6, then such benefit shall be paid within 14 days from the day on which it was possible to establish the circumstances with all due diligence, however the Insurer shall pay the undisputed portion of the benefit (in the light of the submitted documents) within the term specified in Paragraph 5 of this Article 6.
7. If the Insurer fails to pay a benefit within dates specified in the above Paragraphs, the Insurer shall be obliged to notify the claiming person or a person acting on his/her behalf in writing of the reasons for such failure.
8. In the event of the Insured's death, the legitimate benefit arising from Insured Events shall be paid by the Insurer to the Insured's heirs under a submitted death certificate and a decision regarding the right to inheritance.
9. At the claiming person's demand, the Insurer is obliged to make available information it holds that relates to the Insured Event and that represents the

basis for determining the Insurer's liability, the circumstances of that event and the amount of the awarded benefit.

10. The benefit shall be paid in the currency in force in the Republic of Poland according to the average exchange rate of the National Bank of Poland as of the day of the Insured Event, except for direct payments to foreign health facilities, foreign injured parties or other foreign entities unless the GTC state otherwise.

Article 7. Recourse claims

1. Upon the day of payment of the benefit (compensation) by the Insurer, the Insurer's claims towards a third party responsible for the claim shall transfer onto the Insurer up to the amount of the benefit (compensation) paid. If the Insurer has covered only a portion of the claim, the Insured's claims shall have the priority over the Insured's claims regarding the remaining portion.
2. The Insurer's claims referred to in Paragraph 1 of this Article 7 against persons who are in the same household with the Insured or for which the Insured is responsible unless the perpetrator caused the claim intentionally.
3. The Insured shall assist the Insurer in asserting indemnity claims from persons responsible for the claim by submitting necessary information and documents and by taking actions necessary to assert recourse claims.
4. If the Insured waives a claim against a third party responsible for it or reduced the claim without the Insurer's approval, or fails to appropriately meet the obligations set forth in Paragraph 3 of this Article 7, the Insurer may refuse to pay the related benefit (compensation) and the Policy Holder shall have no right to a refund of the insurance premium.
5. If the waiver or reduction referred to in Paragraph 4 of this Article 7 is disclosed after the benefit (compensation) was paid, the Insurer may demand that the Insured return the entire benefit (compensation) paid or a portion thereof.

Article 8. Personal data processing

1. The administrator of personal data, including data subject to insurance secret, is Inter Partner Assistance S.A. Branch in Poland, seated in Warsaw at ul. Prosta 68. The data shall be processed for the purpose of implementation of the contract, for analytical purposes and for the purpose of direct marketing of own products and services.
2. Submission of the data is voluntary, but necessary to conclude the contract.
3. The person whose data has been given in the insurance contract application form shall have the right to access and update his/her data.

Article 9. Form and manner of legal acts and service of documents

1. No notifications, statements and applications aimed at amending or terminating the insurance contract shall be valid unless submitted in writing.
2. Notifications of an Insured Event addressed to the Assistance Centre shall be made by telephone; in accordance with instructions from the Assistance Centre, in particular regarding the submission of a completed and signed "Claim Event Notification" form, claims for insurance benefits shall also be in writing.
3. Correspondence regarding documentation related to determining the Insurer's liability may be delivered by electronic mail to the e-mail address of the Insurer or the claiming person, alternatively by fax to the fax number of the Insurer or the claiming person.
4. Documents that must be in writing shall be delivered to the other party in accordance with the provisions of this Article 9.
5. Written documents shall be delivered to the addressee by traditional mail to the address indicated in the policy or another address as may be specified by the policy holder or claiming person.
6. The parties are obliged to inform each other of every change of their addresses. All correspondence and contacts with the Insurer must be in Polish or English.

Article 10. Exclusions of the Insurer's liability

1. The Insurance shall not cover events in which the Insured:
 - 1) participates in trips or expeditions to destinations with extreme weather or climate conditions, or to vast uninhabited areas (e.g. a desert, an open sea);
 - 2) has failed to relieve the doctor in charge or another institution from the obligation to keep medical secrets to the extent necessary to determine the Insurer's liability.
2. The Insurer shall not be liable for an Insurance Event that results from:
 - 1) an intentional action of the Insured or a person who is in the same household as the Insured;
 - 2) a gross negligence on the part of the Insured unless the payment of the benefit is in accordance with the fairness under the given circumstances.
3. The Insurance shall not cover instances where a Claims Event occurred in relation with:
 - 1) hooligan behaviour of the Insured or criminal activity;
 - 2) the Insured's active or passive participation in a military conflict, peace-keeping missions, combat actions or hostilities;
 - 3) active or passive participation in rebellions, demonstrations, uprisings or unrest, public acts of violence, strikes or as a result of interventions or decisions made by public administration bodies;
 - 4) the Insured's active participation in an Act of Terror or preparations to an Act of Terror;
 - 5) a violation of regulations or means aimed at ensuring safety that have been

issued by a given country, or when the Insured violated such safety regulations or failed to use the required protective means at the moment of the event (a helmet for horse riding, cycling, skiing or snowboarding, a helmet and a life jacket for water sports etc.) or did not have appropriate valid qualifications – e.g. a driving licence, recreational diving qualifications etc.;

- 6) consequences of the Insured's intoxication after consumption of alcohol, drugs or other intoxicating substances, as well as psychotropic substances or medications with a similar effect – if the Insured was aware or should have been aware of such effects based on information on the packaging or leaflet warning of the medication's influence on psychomotor function, provided that it had impact on the occurrence or aggravation of the claim;
 - 7) performance of sports that are not included in the insurance cover, including:
 - a. achievement-oriented performance of Ordinary Sports or Professional Performance of Sports or as part of participation in Publicly Organised Sport Events or preparations thereto;
 - b. performance of High-Risk Sports;
 - c. performance of Extreme Sports;
 - 8) an action in relation with which the Insured failed to observe legal regulations in force in a given country;
 - 9) performance of the function of a soldier, a police officer, a member of other uniformed services or other security units or services.
4. Furthermore, the Insurance shall not cover instances where a Claims Event:
- 1) was caused by nuclear energy or nuclear-related hazards, or in relation therewith;
 - 2) was known at the time of concluding the Insurance Contract;
 - 3) occurred as a result of a suicide, attempted suicide or an intentional self-mutilation of the Insured;
 - 4) occurred during a trip started by the Insured after the World Health Organisation or a similar institution published their recommendation not to travel to the given country or region;
 - 5) was caused by chemical or biological contamination;
 - 6) occurred during the use of pyrotechnics or firearms;
5. In addition to the exclusions specified in the preceding Articles of these GTC, the Medical Insurance shall not cover instances:
- 1) where medical care is related to a disease or injury that have occurred in the 12 months preceding the Term of Insurance or have occurred in the Country of Permanent Residence prior to the Insured's travel abroad, or are related to complications that occurred during treatment of a disease of injury not covered hereunder; of a health disorder whose symptoms occurred before the start of the Term of Insurance, even if it was not examined or treated by a doctor;
 - 2) where medical care is advised and appropriate but does not have to be immediately provided and may be provided on the return to the Country of Permanent Residence;
 - 3) where the travel is aimed at starting a treatment or continuing a previously started treatment;
 - 4) of treating symptoms related to addiction to alcohol or other substances, in accordance with Article 10 Paragraph 3 6);
 - 5) of an examination (including laboratory and ultrasonographic tests) performed to identify or abort pregnancy, any complications in compromised pregnancy, any complications after Week 26 of pregnancy, childbirth, diagnosing and treating infertility and artificial insemination as well as costs related to contraception and hormone treatment;
 - 6) of costs of dental care and related services in non-urgent cases, and costs of prostheses, crowns or jaw modifications, orthodontic apparatuses, bridges, removal of plaque or tartar or costs related to the treatment of dental decay;
 - 7) of mental disorders or diseases, psychotherapy and psychoanalysis;
 - 8) of treatment by a Close Person or by a person with no appropriate qualifications, as well as medical procedures performed outside medical care facilities, treatment performed with methods that are not accepted in the Republic of Poland or at the site of a Claims Event;
 - 9) of reimbursement of a rescue operation related to the search of the Insured Person if that person's life or health was not in danger;
 - 10) of purchase of medications issued without a doctor's written indication;
 - 11) of preventive vaccinations or consequences of a failure to have a compulsory vaccination before setting off abroad;
 - 12) of prophylactic tests, check-ups or tests or medical care not related to a Sudden Illness or Accident;
 - 13) rehabilitation, physiotherapy and therapeutic baths;
 - 14) of chiropractic treatment, training therapy or endurance training;
 - 15) of infectious venereal diseases, including HIV/AIDS infection;
 - 16) of preparation and repair of prostheses (orthopedic, dental), spectacles, contact lenses or hearing aids;
 - 17) of costs of orthosis, except when it is used under a decision by the doctor in charge as the only possible method of treating an injury, and then only in a basic version;
 - 18) of costs of above-standard care and services (i.e. reimbursement of costs of medical care and services that exceed the standard of the country in which the Claims Event occurred);
 - 19) of costs of supportive medications, vitamin preparations and dietary supplements;
 - 20) of costs of cosmetic surgery or aesthetic or plastic surgery;
 - 21) of complications related to non-compliance with a treatment regimen administered by the doctor in charge.
6. The Insurer shall not return the costs:
- 1) incurred by the Insured or other persons to establish contact with the Insurer or the Assistance Centre;

- 2) incurred on telephone calls, including roaming when calling abroad.

Article 11. Obligations of the Policy Holder

1. Within 7 days from the receipt of the policy, the Policy Holder shall notify the Insurer in writing of any discrepancies between the data included in the policy and the actual situation, particularly the data supplied by the Policy Holder in the Contract Application, and submit the correct data. On receiving the correct data, the Insurer shall update the policy accordingly and notify the Policy Holder by sending a notification regarding the updates to the address supplied by the Policy Holder.
2. The Policy Holder is obliged to submit to the Insurer true information requested from him/her before the conclusion of the insurance contract.
3. In the event that it becomes known that the circumstances referred to in Paragraph 1 of this Article 11 changed during the term of the insurance contract, the Policy Holder is obliged to report such changes to the Insurer immediately after becoming aware of such changes.
4. The Insurer shall not be liable for consequences of circumstances that have not been reported to the Insurer at the breach of the provisions of Paragraphs 1 or 2 of this Article 11. In the event that the provisions of Paragraphs 1 or 2 of this Article 11 have been breached as a result of wilful misconduct, it is agreed, for the avoidance of doubt, that the Insured Event and consequences thereof resulted from the circumstances referred to in the preceding sentence.
5. If the Policy Holder concludes insurance for a third party (the Insured), the Policy Holder is obliged to submit these GTC to the Insured and familiarise the Insured with the content of the insurance contract and the GTC, and to inform the Insured about his/her rights and obligations arising therefrom.
6. In the event that the insurance contract is concluded on a third party's account, the obligations set forth in the preceding Paragraphs of this Article 11 shall rest both on the Policy Holder and the Insured unless the Insured was not aware that the contract was concluded on his/her account.
7. The Policy Holder is obliged to inform the Insurer without undue delay of any changes to his/her address of residence or mailing address.
8. At the Assistance Centre's demand, the Policy Holder shall prove he/she has appropriately paid the insurance contribution in the amount specified in the policy (e.g. by producing a copy of his/her bank account statement).
9. If the Policy Holder is also the Insured, all obligations of the Insured shall apply also to the Policy Holder.

Article 12. Obligations of the Insured or a person filing a claim for an insurance benefit

1. The Insured shall make reasonable efforts to prevent the amount of the claim from increasing and reduce its consequences.
2. In the event of a Sudden Illness or Accident, the Insured shall immediately seek and comply with doctor's advice and – if the Insurer so requires – undergo, at the Insurer's cost, such medical tests as the Insurer may require.
3. The Insured's obligation arising from the provisions of this Article 12 shall also apply respectively to the person filing a claim for an Insurance Benefit.
4. If a Claims Event occurs, the Insured shall:
 - 1) immediately, prior to taking any action on his/her own account – however not later than 48 hours from the moment of the Claims Event – contact the Assistance Centre at +48 22 575 98 48;
 - 2) specify what kind of assistance he/she requires and in what circumstances and at what address he/she is;
 - 3) provide any available information necessary to determine his/her eligibility to receive Insurance Benefits, particularly the policy number, and the full name of the Insured;
 - 4) explain in detail the circumstances of the Claims Event, particularly its date and location;
 - 5) specify a contact phone number at which the Assistance Centre may reach the Insured.
5. If, for reasons beyond control of the Insured that resulted from the Claims Event, the Insured was unable to contact the Assistance Centre with a request for assistance before the provision of relevant services commenced, the Insured shall do so immediately after the said reasons ceased, but not later than within 7 days from the day on which these reasons ceased.
6. Furthermore, if a Claims Event occurs, the Insured shall:
 - 1) follow instruction of the Assistance Centre and effectively cooperate with the Assistance Centre by meeting the obligations set forth in the GTC;
 - 2) consult the transport referred to in Article 3 Paragraphs 8.7), 8.8), 8.9), 8.10) of these GTC with the Assistance Centre and follow the Centre's instructions;
 - 3) immediately report the Claims Event to the police at the site of the event if the event occurred in circumstances that indicate a crime or an offence, and submit a police report to the Insurer;
 - 4) after the Claims Event occurred, gather evidence that shows the scope of the Claims Event on the basis of an investigation conducted by the police or other investigative bodies, including a photographic or video footage, third party accounts etc.;
 - 5) grant the necessary powers of attorney and give true and complete answers to all questions asked by the Assistance Centre regarding the Claims Event and its consequences;
 - 6) cooperate with and enable the Assistance Centre to conduct any and all necessary actions to establish the circumstances of the Claims Event that are relevant to assessing the Insurance Claim and the amount thereof;
 - 7) authorise the Assistance Centre in writing request information and

- opinions from doctors in charge of the treatment as well as other persons and authorities regarding matters related to the Claims Event within the scope of the procedure to establish the insurance benefit;
- 8) inform the Assistance Centre without any undue delay of a possible institution of criminal or other similar proceedings against the Insured in relation to the Claims Event and provide the Assistance Centre with true updates on the course and results of such proceedings;
 - 9) allow the Assistance Centre to access information regarding the Insured's health or cause of death by relieving the doctor in charge from the confidentiality obligation.
7. In his/her actions, the Insured shall follow relevant safety guidelines in force in a given country, including the use of appropriate means of personal protection (a helmet for horse riding, cycling, skiing or snowboarding, a helmet and a life jacket for water sports etc.) and possession of the necessary, appropriate or generally accepted qualifications e.g. a driving licence, recreational diving qualifications etc.
 8. At the Assistance Centre's demand, the Insured or the claiming person shall be obliged to secure, at their own cost, a sworn translation into Polish or English of documents necessary to determine the Insurer's liability in relation to the Claims Event.
 9. If the Insured has concluded an insurance contract of the same or a similar nature also with another insurance company, the Insured is obliged to inform the Insurer of this fact.
 10. Every claiming person shall be obliged to produce such documents as may be required by the Assistance Centre if such documents are relevant to determining the Insurer's liability to provide an insurance benefit and the scope and amount thereof.
 11. The claiming person is obliged to submit the following documents to the Insurer: a copy of a complete medical documentation, original copies of bills and documents that confirm the payment for the received medical care, medications prescribed by the doctor (including a copy of the prescription) and transport as well as a copy of the police report (if the event was investigated by the police) along with such other documents as may be requested by the Assistance Centre.
 12. If the Insured intentionally or as a result of gross negligence fails to meet any of the obligations arising from these GTC, and such failure had impact on the scope of the Insurer's liability or the amount of the benefit, the Insurer may reduce the amount of the benefit accordingly to such impact.

Article 13. Rights and obligations of the Insurer

1. In addition to its obligations arising from the Civil Code and other provisions under these GTC and the insurance contract, the Insurer shall be obliged to return documents requested by the Insured, except for original copies of proofs of payments under which the insurance benefit was provided.
2. In particular, the Insurer shall have the right to:
 - 1) verify the origin, course and scope of the Claims Event (including a request for witness accounts of persons involved in the event, expert opinions and other documents as may be required);
 - 2) demand and verify medical reports, medical documentation.
3. If the Insured breaches his/her obligations arising from these GTC, the Insurer shall have the right to reduce the insurance benefit accordingly.

Article 14. Complaint procedure

1. The complaint handling procedure described here sets out the principles for the lodging and examination of Complaints submitted by the Client, referring to services provided by the Insured, resulting from these Terms and Conditions, pursuant to the Act of 5 August 2015 on the procedure of complaint handling by financial service providers and Financial Ombudsman.
2. The complaint may be submitted to the Insurer's Quality Department:
 - 1) in written form:
 - a. in person at the Insurer's office, or
 - b. sent by letter to the address of the Insurer:
Dział Jakości (Quality Department)
Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68

00-838 Warsaw.

- 2) in electronic form to the following e-mail address: quality@ipa.com.pl
3. The Complaint should contain the following information:
 - 1) full mailing address or
 - 2) e-mail address to which the reply should be sent,
 - 3) indication of the relevant Insurance Contract,
 - 4) description of the reported problem, subject and circumstances justifying the Complaint,
 - 5) expected actions.
4. If during the Complaint handling procedure it becomes necessary to obtain additional information, the Insurer must inform the Customer on this fact so that the Customer supplies all data and information required by the Insurer within the scope and for the purpose necessary for the Complaint processing.
5. The Insurer shall respond to the Complaint without undue delay, and in any case not later than within 30 days from the date of receipt of the Complaint. In order to observe the deadline, it is sufficient to mail the reply before its lapse.
6. In especially complex cases which make it impossible to examine the Complaint and respond to it within the timeframe referred to in section 5, the Insurer:
 - 1) explains the reason for delay,
 - 2) indicates circumstances which must be established to examine the case,
 - 3) defines expected deadline for examining the Complaint and for responding.
7. The Insurer's reply shall be sent to the mailing address indicated in section 3 item 1), unless the Client requested to receive the reply by electronic mail. In such case, the reply shall be sent by electronic mail to the e-mail address indicated in section 3 item 2).
8. The language to be used in all correspondence and contacts with the Insurer is Polish.
9. The insurance contracts to which these GTC apply are governed by the law of Poland.
10. All disputes resulting from or related to this insurance contract shall be settled by a competent court of general jurisdiction, or by a court relevant for the place of residence or the business seat of the Policyholder, the Insured or the Entitled under the insurance contract; and in case of claims pursued by a heir of the Insured or a heir of the Entitled under the insurance contract, by a court relevant for the place of residence of the heir of the Insured or the heir of the Entitled under the insurance contract.
11. Irrespective of the above, the Client may request the assistance of the Municipal or District (Poviat) Consumer Advocates and the Financial Ombudsman.
12. A Customer who is at the same time a consumer may apply to the Poviat (Municipal) Ombudsmen for Consumers, competent for a given venue. The Insurer is subject to the supervision of the Financial Supervision Commission.
13. Claims arising from the insurance agreement and this SIC are brought in compliance with general jurisdiction or by a court competent for the place of abode or seat of the Insuring Party or Insured Party or a beneficiary under the insurance agreement, inheritor of the Insured Party or inheritor under the insurance agreement.
14. There is a possibility of extrajudicial proceedings between a consumer living in the European Union Square and the Insurer to settle a dispute through the Internet Platform of the ODR capsule, at <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. E-mail address of the Insurer quality@ipa.com.pl.

These GTC were approved under the Regulation of the Chief Executive Officer of Inter Partner Assistance Branch in Poland No. 07/2017 dated 09.01.2017 and shall apply to insurance contracts that are concluded after or on 10.01.2017.



Jan Čupa
Chief Executive Officer
Inter Partner Assistance S.A. Branch in Poland

Benefits and limits table

		SUM INSURED// LIMITS	
		Schengen Area	
Medical Insurance (MI)	Medical Insurance – sum insured (MI)	€ 60000	
	- repatriation and transport	actual costs within MI sum insured	
	- dentist care	€ 200	

