



więcej / niż standard

Umowa ubezpieczenia nr 5834 – 02.694.413

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków oraz kosztów leczenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej

zawarta w Warszawie w dniu 08.03.2016
pomiędzy

AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ulicy Chłodnej 51,
wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy – Sąd Gospodarczy XII
Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 38616,
posiadającą kapitał zakładowy w wysokości 83.341.500 zł – wpłacony w całości,
NIP 521-10-36-865
reprezentowaną przez:

1. Monikę Piotrowską – Dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Transportowych i Komunikacyjnych
2. Magdalenę Oszczak – Menadżera ds. Produktu i Oceny Ryzyka Sprzedażowego

zwaną dalej **AXA**

a

Polskim Towarzystwem Turystyczno – Krajoznawczym

z siedzibą w Warszawie, (00 - 075) przy ul. Senatorskiej 11,
zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod
nr KRS 0000100817
NIP: 526-00-10-044
reprezentowanym przez:

1. Romana Bargieła Prezesa Zarządu Głównego PTTK
2. Jerzego Kapłona, Skarbnika Zarządu Głównego PTTK.

zwanym dalej **PTTK, Ubezpieczającym**

Strony zgodnie ustaliły następujące warunki ubezpieczenia:

Spis treści:

§ 1. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.....	3
§ 2. Definicje.....	3
§ 3. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej, zakres terytorialny.....	6
§ 4. Zawarcie umowy ubezpieczenia.....	6
§ 5. Suma ubezpieczenia.....	6
§ 6. Składka ubezpieczeniowa oraz system rozliczeń.....	6
§ 7. Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.....	6

AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 555 00 00, fax 22 555 05 00, www.axa.pl

Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 38616; NIP 521-10-36-865; Kapitał zakładowy: 83.341.500 zł – wpłacony w całości

§ 8. Obowiązki Ubezpieczonego w razie powstania wypadku.....	7
§ 9. Wyłączenia odpowiedzialności	8
§ 10. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia.....	10
§ 11. Rozwiązanie i wygaśnięcie umowy ubezpieczenia	10
§ 12. Rodzaje świadczeń / odszkodowań	10
§ 13. Wypłata świadczenia.....	15
§ 14. Reklamacje, skargi i zażalenia.....	16
§ 15. Właściwość prawa i sądu	17
§ 16. Postanowienia końcowe	17

§ 1. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej umowie ubezpieczenia są:
 - a) **następstwa nieszczęśliwego wypadku** polegające na obrażeniach ciała Ubezpieczonego, skutkujące uszczerbkiem na zdrowiu lub śmiercią Ubezpieczonego. Dodatkowo przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu u Ubezpieczonego;
 - b) **koszty leczenia i assistance** poniesione w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku podczas wyjazdów poza granice RP wraz z włączeniem amatorskiego uprawiania sportów letnich i zimowych.
2. W zakresie ubezpieczenia NNW - Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych 24h/dobę na terytorium całego świata w szczególności w życiu prywatnym oraz:
 - a. podczas uczestnictwa w imprezach PTTK w okresie objętym ochroną ubezpieczeniową, za które uznaje się wszystkie imprezy organizowane lub współorganizowane przez struktury organizacyjne PTTK, których wykaz jest dostępny na każde żądanie AXA. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również wszystkie imprezy PTTK związane z rekreacyjnym uprawianiem sportów wodnych i konnych.
 - b. podczas pobytu w obiektach PTTK będących w użytkowaniu lub własnością PTTK w związku z realizacją zadań statutowych lub z tytułu korzystania z noclegu albo atrakcji turystycznych,
 - c. podczas zdobywania odznak turystycznych PTTK,
 - d. podczas indywidualnego (organizowanego samodzielnie oraz poza strukturami PTTK) uprawiania turystyki.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie NNW obejmuje świadczenia z tytułu:
 - a. śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - b. uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c. wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu u Ubezpieczonego,
 - d. zwrotu kosztów nabycia protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - e. zwrotu kosztów operacji kosmetycznych Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - f. zwrotu kosztów ratownictwa Ubezpieczonego.
4. W zakresie ubezpieczenia kosztów leczenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, ochrona obejmuje:
 - a. koszty leczenia
 - b. koszty transportu do miejsca zamieszkania lub placówki medycznej na terenie RP lub kraju rezydencji,
 - c. koszty transportu zwłok do miejsca pochówku na terenie RP lub kraju rezydencji,
 - d. koszty związane z organizowaniem i świadczeniem natychmiastowej pomocy assistance,

§ 2. Definicje

Przez użyte w niniejszej umowie ubezpieczenia określenia z zakresu ubezpieczenia rozumie się:

1. amatorskie sporty letnie i zimowe – sporty uprawiane rekreacyjnie w warunkach letnich lub zimowych w wyznaczonych do tego miejscach (stokach, trasach, akwenach), przez które rozumie się: narciarstwo, snowboard, surfing, windsurfing, kitesurfing, a także wszelkiego rodzaju zajęcia teambuldingowe (np. paintball);
2. ambulatorium – zakład lecznictwa otwartego, w którym z wykorzystaniem wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego udzielana jest pomoc medyczna w zakresie diagnostyki i leczenia; pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, prewentoriów oraz centrów i ośrodków rehabilitacyjnych;
3. Centrum Alarmowe – jednostka organizacyjna, zajmująca się w imieniu Towarzystwa organizacją i świadczeniem Ubezpieczonemu usług assistance oraz likwidacją szkód;
4. choroba nowotworowa – schorzenie polegające na niekontrolowanym rozroście tkanki danego narządu; schorzenie może mieć charakter przewlekły, może również objawiać się objawami ostrymi pojawiającymi się nagle;
5. choroba przewlekła – choroba, w której obrazie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną znajduje się długotrwałe, stałe lub nawracające występowanie objawów lub odchyłeń w badaniach dodatkowych i która była rozpoznana, leczona lub dawała objawy w okresie 24 miesięcy poprzedzających datę zawarcia umowy ubezpieczenia;
6. choroba tropikalna – choroba wywołana przez organizmy patogenne charakterystyczne dla stref podzwrotnikowych i równikowych;
7. ekspedycja – zorganizowana wyprawa mająca na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym

- bądź naukowym;
8. koszty leczenia – niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty leczenia Ubezpieczonego, który podczas podróży zagranicznej musiał poddać się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem;
 9. kraj rezydencji – kraj inny niż Rzeczpospolita Polska, w którym Ubezpieczony ma stałe miejsce zamieszkania, z zastrzeżeniem że krajem rezydencji nie jest kraj, w którym dana osoba przebywa w celu kształcenia się lub do którego jest oddelegowana do pracy;
 10. leczenie ambulatoryjne – udzielanie, przez działających zgodnie z prawem świadczeniodawców, świadczeń zdrowotnych osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;
 11. leczenie stomatologiczne zachowawcze – leczenie próchnicy, leczenie zmian martwiczych, leczenie kanałowe, wymiana uszkodzonych wypełnień, leczenie chorób dziąseł (paradentozą, usuwanie kamienia);
 12. legitymacja członkowska PTTK - legitymacja posiadająca potwierdzenie opłacenia składki członkowskiej w formie ustalonej przez PTTK – znaczka zakupionego lub przyznanego osobie uprawnionej w roku 2016 z ważnością do 31 marca 2017r – dla pierwszego roku ubezpieczenia oraz odpowiednio w roku 2017 i z ważnością do 31 marca 2018r. Legitymacja członkowska PTTK jest jednocześnie dokumentem potwierdzającym zawarcie ubezpieczenia;
 13. nagłe zachorowanie – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
 14. nieszczęśliwy wypadek - przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego. Zawału serca, udaru mózgu (objęte ubezpieczeniem) i inne choroby, nawet występujące nagle, nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek; obrażenia ciała – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 15. osoba bliska:
 - a) współmałżonek, konkubent, konkubina, dzieci (również przysposobione), rodzeństwo, rodzice, teściowie, dziadkowie, wnuki i osoby przysposobione, synowa, zięć,
 - b) inne osoby dorosłe podróżujące wspólnie z osobą małoletnią (dzieckiem), pod warunkiem że istnieje między nimi a dzieckiem pokrewieństwo;
 16. osoba towarzysząca – osoba odbywająca podróż wraz z Ubezpieczonym i wskazana przez niego do towarzyszenia mu w trakcie leczenia lub transportu;
 17. osoba wezwana do towarzyszenia – wskazana przez Ubezpieczonego osoba bliska zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju rezydencji, która w przypadku braku osoby towarzyszącej przyjedzie do miejsca zdarzenia i będzie towarzyszyła Ubezpieczonemu w trakcie leczenia;
 18. osoba uprawniona – Ubezpieczony, Uposażony albo inna osoba uprawniona zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia;
 19. pobyt w szpitalu – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
 20. podróż zagraniczna – pobyt Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej i krajem rezydencji, który rozpoczyna się od momentu przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju rezydencji i kończy się z chwilą powrotu Ubezpieczonego do Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju rezydencji;
 21. praca fizyczna – podjęcie lub wykonywanie przez Ubezpieczonego czynności w celu zarobkowym bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, z wyjątkiem pracy kierowców autokarów i pracy umysłowej (biurowej, naukowej itp.); pracą fizyczną jest również działalność niezarobkowa, np. wolontariat, praktyki zawodowe w warsztacie lub fabryce; jeżeli praca Ubezpieczonego ma charakter pracy fizycznej i jednocześnie pracy umysłowej, przyjmuje się, że Ubezpieczony wykonuje pracę fizyczną;
 22. proteza - sztuczne uzupełnienie brakującej części lub całości kończyny, narządu lub innej części ciała utraconej w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 23. składka – kwota, którą PTTK zobowiązane jest zapłacić na rzecz AXA z tytułu umowy ubezpieczenia;
 24. skutki choroby przewlekłej lub nowotworowej – powstałe w sposób nagły, po przekroczeniu granicy Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju rezydencji, nasilenie (zaostrenie) choroby przewlekłej lub nowotworowej o ostrym przebiegu, wymagające natychmiastowej pomocy lekarskiej, w związku z którym nastąpiła konieczność poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu przed zakończeniem podróży zagranicznej, z zastrzeżeniem że

- w przypadku ubezpieczenia kosztów rezygnacji z imprezy turystycznej lub jej przerwania, a także kosztów rezygnacji z biletu lotniczego lub rezerwacji noclegu, dotyczy to nasilenia (zaostżenia) choroby przewlekłej lub nowotworowej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju rezydencji, przed terminem rozpoczęcia planowanej podróży zagranicznej;
25. sporty ekstremalne - dyscypliny sportowe, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne (skoki ze spadochronem, paralotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych), downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, heliskiing, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazda po muldach na trasach specjalnie do tego celu przygotowanych, rafting, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe za wyjątkiem występujących na terenie Polski;
 26. sporty wysokiego ryzyka – uprawianie następujących sportów: sporty motorowe (quady, skutery śnieżne i inne pojazdy lądowe), sporty motorowodne (jazda na skuterze wodnym, nartach wodnych, motorówkach i inne sporty wodne, w których wykorzystywane są pojazdy motorowe o mocy silnika większej niż 5 KW), polo, myślistwo, , rafting, wspinaczka wysokogórska pow. 3000 m.n.p.m, sztuki walki i wszelkiego rodzaju sporty obronne, trekking uprawiany na wysokości powyżej 3000 m n.p.m.;
 27. stan nietrzeźwości – stan, w którym zawartość alkoholu we krwi Ubezpieczonego przekracza 0,5 promila albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg lub prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość;
 28. szpital – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; w rozumieniu niniejszych OWU za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa, a także ośrodka rehabilitacji;
 29. środki pomocnicze – wszystkie elementy wspomagające proces leczniczy, takie jak: gorsety, protezy, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne;
 30. Ubezpieczony – posiadacz ważnej legitymacji członkowskiej PTTK (członkowie PTTK) bez względu na wiek oraz osoby wyznaczone przez PTTK do obsługi imprez organizowanych przez PTTK (podczas prac przygotowawczych i zamykających ich organizację), również gdy nie są członkami PTTK;
 31. udar mózgu – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Za udar mózgu w rozumieniu niniejszej umowy ubezpieczenia nie uznaje się epizodów przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 32. Uposażony – osoba lub osoby wyznaczone imiennie przez Ubezpieczonego uprawnione do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
 33. uszczerbek lub uszkodzenie ciała – następstwa nieszczęśliwego wypadku wymienione w tabeli świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała na skutek nieszczęśliwego wypadku;
 34. zawał serca – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CKMB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,

- b) jeden z następujących objawów EKG, wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
35. zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu – sporty uprawiane regularnie i intensywnie, tzn. udział w treningach, zawodach i obozach kondycyjnych w ramach przynależności do klubów sportowych, a także czerpanie dochodu z uprawianej dyscypliny sportu, jak również uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi albo w ekspedycjach.

§ 3. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej, zakres terytorialny

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych na terytorium całego świata (w tym na terenie RP), w czasie trwania odpowiedzialności AXA oraz koszty leczenia i assistance na terytorium wszystkich państw świata podczas podróży zagranicznej z wyłączeniem terytorium RP.
2. Umowa ubezpieczenia zawarta zostaje na okres **od dnia 01.04.2016 do dnia 31.03.2018**.
3. Odpowiedzialność AXA rozpoczyna się od daty początkowej okresu ubezpieczenia.
4. Okres ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - a. od dnia następnego po opłaceniu składki członkowskiej, lecz nie wcześniej niż od dnia 1 kwietnia 2016r.
 - b. dla osób zwolnionych z opłacenia składki członkowskiej: od dnia złożenia zamówienia na znaczek, lecz nie wcześniej niż od dnia 1 kwietnia 2016r.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu członkostwa w PTTK świadczona przez AXA kończy się dnia 31 marca 2018r.
6. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od niniejszej Umowy w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. Oświadczenie o odstąpieniu powinno być złożone AXA w formie pisemnej. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim AXA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa zawierana jest w formie bezimiennej.
2. Ubezpieczenie zawierane jest na rzecz osób trzecich (Ubezpieczonych), którymi są wszystkie osoby spełniające definicję zawartą w § 2 ust. 30.
3. W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadkach określonych w § 11 ust. 3, lit. b.

§ 5. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia określona jest w niniejszej umowie ubezpieczenia dla każdego świadczenia oraz odszkodowania i stanowi podstawę do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku wystąpienia następstwa nieszczęśliwego wypadku objętego zakresem ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia kosztów leczenia podczas podróży poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej wynosi **5.000 PLN**

§ 6. Składka ubezpieczeniowa oraz system rozliczeń

§ 7. Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela

1. PTTK zobowiązane jest do:
 - a. posiadania w Oddziałach PTTK list członków stowarzyszenia zawierających imię, nazwisko, oraz datę opłacenia przez nich składki członkowskiej lub też datę zamówienia nieodpłatnego znaczka potwierdzających ważność legitymacji dla osób zwolnionych z opłacania składki członkowskiej.
 - b. udostępnienia na prośbę AXA lub poszkodowanego listy ubezpieczonych lub jej kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez reprezentanta Oddziału PTTK.

- c. przechowywania przez okres 3 lat, licząc od dnia zakończenia umowy ubezpieczenia, wszystkich dokumentów związanych z wykonaniem niniejszej umowy (w szczególności dokumentów potwierdzających członkostwo w PTTK) oraz do ich udostępnienia na każde żądanie AXA.
2. W przypadku niewykonania obowiązków określonych w ust. 1, AXA może wstrzymać się z wypłatą świadczenia.
3. W przypadku Umowy zawieranej na rzecz osób trzecich, o ile konieczna jest zgodna Ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub Ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do Umowy lub przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, na piśmie lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku warunków ubezpieczenia wraz z załącznikami.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do prawidłowego i terminowego wypełniania zobowiązań przewidzianych w Umowie oraz przepisach prawa.

§ 8. Obowiązki Ubezpieczonego w razie powstania wypadku

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 24 godzin, zgłosić się do lekarza i zastosować do jego zaleceń oraz podjąć działania mające na celu zmniejszenie skutków nieszczęśliwego wypadku, w tym Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się zaleconemu przez lekarzy leczeniu, przez co rozumie się wszelkie formy terapii, zabiegi operacyjne, rehabilitację i inne działania medyczne mające na celu poprawę stanu zdrowia Ubezpieczonego.
2. W razie zajścia nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza granicami RP –związanego z ubezpieczeniem kosztów leczenia i assistance podczas podróży zagranicznej – Ubezpieczony zobowiązany jest do postępowania zgodnie z poniższymi postanowieniami:
 - a) przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie bezwzględnie i niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Alarmowego - **INTER PARTNER ASSISTANCE POLSKA S.A.**, ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
tel. (022) + 48 (22) 575 90 80, fax: + 48 (22) 575 90 82.
Centrum Alarmowe czynne 7 dni w tygodniu 24 h.
 - b) dokładnie wyjaśnić pracownikowi Centrum Alarmowego okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje, jakiej pomocy potrzebuje oraz podać niezbędne informacje o ubezpieczeniu (numer umowy generalnej, imię i nazwisko Ubezpieczonego, numer kontaktowy),
 - c) umożliwić lekarzom Centrum Alarmowego dostęp do wszystkich informacji medycznych,
 - d) stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw ,
 - e) kontakt z Centrum Alarmowym i uzyskanie gwarancji pokrycia kosztów leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, a także kosztów transportu medycznego i transportu zwłok są warunkiem przyjęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę odszkodowania z tytułu kosztów leczenia powinno zawierać:
 - a) numer umowy generalnej,
 - b) szczegółowy opis okoliczności zdarzenia;
 - c) orzeczenie lekarskie, obejmujące rodzaj i charakter obrażeń zawierające dokładną diagnozę oraz zalecone leczenie;
 - d) wszystkie rachunki i faktury, świadectwa szpitalne, które umożliwią AXA ustalenie łącznych kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczony lub Uposażony zobowiązany jest do rzetelnego wypełnienia kwestionariusza „Zgłoszenia szkody” stanowiącego Załącznik nr 1 do niniejszej Umowy oraz do udzielenia wszelkich informacji, wyjaśnień i przesłania wymaganych dokumentów do AXA.
5. Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia z ubezpieczenia NNW, powinny zostać przedłożone AXA w języku polskim.
6. Ubezpieczony jest zobowiązany poddać się badaniu przez lekarza wyznaczonego przez AXA, jeżeli AXA uzna takie badanie za niezbędne dla rozpatrzenia złożonych roszczeń. Koszt takiego badania ponosi AXA.

7. W trakcie likwidacji szkody Ubezpieczony jest zobowiązany do zwolnienia innych zakładów ubezpieczeń, urzędów, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz leczących go lekarzy i podmiotów wykonujących działalność leczniczą z obowiązku zachowania wobec AXA w tajemnicy informacji, które są niezbędne do prawidłowego ustalenia okoliczności mających wpływ na odpowiedzialność AXA.
8. W razie naruszenia przez Ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków niniejszego paragrafu, AXA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia skutków następstw nieszczęśliwego wypadku lub uniemożliwiło AXA ustalenie okoliczności i skutków nieszczęśliwego wypadku.
9. Postanowienia ust. 7 nie mają zastosowania w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie był poinformowany o zawarciu umowy na jego rachunek i obowiązkach wynikających z zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 9. Wyłączenia odpowiedzialności

1. AXA nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy ubezpieczenia, jest następstwem:
 - a) działań wojennych, działań zbrojnych, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, aktach przemocy, terroryzmu, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza;
 - c) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa umyślnego;
 - d) udziału Ubezpieczonego w sportach ekstremalnych
 - e) pełnienia przez Ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej;
 - f) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu;
 - g) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego, chyba że powyższe nie miało wpływu na zaistnienie zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia;
 - h) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i psychiczne oraz straty materialne polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy należących do Ubezpieczonego oraz utracie zarobków lub spodziewanych korzyści w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa zabiegów o charakterze medycznym, leczenia lub badań medycznych nie związanych z nieszczęśliwym wypadkiem, zakłócenia ciąży i porodu, a także przepukliny brzuszne i pachwinowe, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia ciężaru.
4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje dyskopatii, chyba że jest ona skutkiem nieszczęśliwego wypadku objętego umową ubezpieczenia.
5. W odniesieniu do kosztów leczenia i assistance AXA nie ponosi odpowiedzialności za koszty leczenia, transportu, transportu zwłok, natychmiastowej pomocy assistance i kosztów ratownictwa w odniesieniu do Ubezpieczonego, co do którego istniały przeciwwskazania lekarskie do odbycia podróży zagranicznej, a Ubezpieczony był ich świadom.
6. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty leczenia, koszty transportu, koszty transportu zwłok, koszty związane z organizowaniem i świadczeniem natychmiastowej pomocy assistance, jeżeli powstały w wyniku:
 - 1) leczenia niezwiązanego z pomocą medyczną udzieloną w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) leczenia, pobytu w szpitalu lub zakwaterowania, w przypadku gdy Ubezpieczony odmówił powrotu do RP lub kraju rezydencji wbrew decyzji lekarza prowadzącego leczenie;
 - 3) leczenia, pobytu w szpitalu lub zakwaterowania, w przypadku gdy rozpoczęcie leczenia może być odłożone do powrotu Ubezpieczonego do RP lub kraju rezydencji;

- 4) leczenia przekraczającego zakres usług medycznych niezbędnych do przywrócenia stanu zdrowia umożliwiającego powrót Ubezpieczonego do RP lub kraju rezydencji;
 - 5) leczenia sanatoryjnego, kuracji w domach wypoczynkowych lub ośrodkach leczenia uzależnień, pobytów w ośrodkach i hotelach SPA;
 - 6) leczenia psychoanalitycznego i psychoterapeutycznego;
 - 7) leczenia zachorowań lub następstw nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub w okresie ważności poprzedniej umowy ubezpieczenia;
 - 8) przeprowadzenia badań zbędnych do rozpoznania lub leczenia choroby, badań kontrolnych oraz uzyskania zaświadczeń lekarskich i wykonywania szczepień profilaktycznych;
 - 9) operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych;
 - 10) leczenia zaburzeń psychicznych, depresji, wad wrodzonych, chorób wenerycznych i AIDS, nawet gdy nie były wcześniej leczone;
 - 11) specjalnego odżywiania Ubezpieczonego, masaży, kąpeli, inhalacji, gimnastyki leczniczej, naświetlenia (nawet gdy było to zalecane przez lekarza) oraz innych zabiegów rehabilitacyjnych i fizyoterapeutycznych;
 - 12) zabiegu usuwania ciąży;
 - 13) ciąży, z wyjątkiem jednej wizyty lekarskiej i związanego z nią niezbędnego transportu do placówki medycznej (do łącznej wysokości równowartości 100 euro);
 - 14) porodu, który nastąpił po upływie 32 tygodnia ciąży;
 - 15) sztucznego zapłodnienia, każdego innego leczenia bezpłodności, a także zakupu środków antykoncepcyjnych;
 - 16) korzystania podczas pobytu w szpitalu z usług innych niż standardowe, takich jak np. używanie odbiorników radiowych, telewizyjnych, korzystania z usług fryzjerskich lub kosmetycznych itp.;
 - 17) leczenia stomatologicznego zachowawczego i protetycznego (za wyjątkiem nagłych stanów zapalnych do wysokości 250 EUR dla wszystkich zachorowań wymagających udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej) leczenia lekami nieuznanymi przez medycynę konwencjonalną
7. W przypadku kosztów leczenia Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte również poniżej wymienione ryzyka:
- 1) wykonywanie pracy fizycznej za granicą;
 - 2) uprawianie sportów wysokiego ryzyka;
 - 3) zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu lub branie udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych (nie dotyczy zawodów, wyścigów mających charakter rekreacyjny);
 - 4) uprawianie sportów ekstremalnych;
 - 5) następstwa chorób przewlekłych i nowotworowych;
8. AXA nie odpowiada za szkody powstałe wskutek umyślnego lub rażąco niedbałego działania lub zaniechania działania przez Ubezpieczonego.
9. Ochroną ubezpieczeniową AXA nie są objęte zdarzenia, jeżeli powstały w przypadku:
- 1) uczestnictwa w zakładach;
 - 2) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) ataku konwulsji lub epilepsji;
 - 4) wypadku powstałego wskutek nietrzeźwości Ubezpieczonego, zażywania przez niego narkotyków, leków lub innych środków odurzających, kierowania pojazdem bez wymaganych prawem danego kraju uprawnień, albo usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub przestępstwa;
 - 5) uczestnictwa w wyścigach pojazdów motorowych i motorowodnych, jazdy na odcinkach przeznaczonych do szybkiej jazdy, rajdów, jak również innej jazdy pojazdami motorowymi, w której chodzi o rywalizację, pomimo opłacenia dodatkowej składki z tytułu sportów wysokiego ryzyka;
 - 6) wypadków, którym uległa osoba ubezpieczona, uczestnicząc jako kierowca lub pasażer pojazdu motorowego w imprezach, łącznie z towarzyszącymi tym imprezom ćwiczeniami lub treningami, których celem jest osiągnięcie najwyższych prędkości;
 - 7) samobójstwa lub usiłowania popełnienia samobójstwa, dokonania samookaleczenia przez Ubezpieczonego.
 - 8) uprawiania narciarstwa lub snowboardu poza trasami zjazdowymi lub do tego wyznaczonymi.

§ 10. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

1. PTTK może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. AXA może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia przez Ubezpieczającego z winy umyślnej obowiązku wynikającego z niniejszej umowy ubezpieczenia.

§ 11. Rozwiązanie i wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - a. na skutek jej wypowiedzenia – z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia.
 - b. z upływem okresu, na jaki została zawarta.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia nie zwalnia PTTK z obowiązku opłacenia składki za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ochrona w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków ubezpieczeniowa wygasa:
 - a. w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych - w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia przez PTTK.
 - b. w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych w roku ubezpieczenia, w którym wystąpiło zdarzenie objęte ubezpieczeniem (za wyjątkiem śmierci) z uwzględnieniem poniższych postanowień:
 - 1) z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia – w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu Ubezpieczonego – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą uprzednio wypłaconych świadczeń z tytułu uszczerbku lub uszkodzeń ciała na zdrowiu Ubezpieczonego łącznie wyniesie 100% świadczenia z tego tytułu,
 - 3) z tytułu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą uprzednio wypłaconych świadczeń z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu Ubezpieczonego łącznie wyniesie **8.000 PLN**,
 - 4) z tytułu zwrotu kosztów nabycia protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego - w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą uprzednio wypłaconych świadczeń z tytułu zwrotu kosztów nabycia protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego wyniesie **3.000 PLN**,
 - 5) z tytułu zwrotu kosztów operacji kosmetycznych Ubezpieczonego - w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą uprzednio wypłaconych świadczeń z tytułu zwrotu kosztów operacji kosmetycznych Ubezpieczonego wyniesie **3.000 PLN**,
 - 6) z tytułu zwrotu kosztów ratownictwa Ubezpieczonego - w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą uprzednio wypłaconych świadczeń z tytułu zwrotu kosztów ratownictwa Ubezpieczonego wyniesie **5.000 EUR**,
 - 7) z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył PTTK oświadczenie o rezygnacji z członkostwa, a tym samym z ubezpieczenia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie kosztów leczenia wygasa z chwilą spełnienia świadczeń równych sumie ubezpieczenia, tj. 5000 PLN

§ 12. Rodzaje świadczeń / odszkodowań

I. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, a śmierć nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wypadku, AXA wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości **12.500 PLN**.
2. Świadczenie na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Uposażonemu po przedłożeniu aktu zgonu, zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu lub karty zgonu, dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego oraz innych dokumentów wskazanych przez AXA, o ile okażą się

- niezbędne dla prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza do ustalenia związku przyczynowego między śmiercią Ubezpieczonego, a nieszczęśliwym wypadkiem.
3. W razie nie wyznaczenia Uposażonego, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności: małżonkowi; w przypadku jego braku dzieciom; w przypadku braku w/w członków rodziny rodzicom; w przypadku braku w/w członków rodziny innym spadkobiercom na mocy stwierdzenia nabycia spadku.
 4. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, należne świadczenie dzielone jest pomiędzy Uposażonych w równych częściach, chyba że Ubezpieczony zastrzegł inny udział Uposażonych w należnym świadczeniu.
 5. Ubezpieczony może wskazać AXA Uposażonych zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić Uposażonych. AXA związane jest dokonaną zmianą poczynawszy od dnia otrzymania informacji o zmianie Uposażonego. Wskazanie uposażonego winnych odbywać się na formularzu zgłoszenia osoby uposażonej stanowiącym Załącznik nr 3 do niniejszej Umowy.
 6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
 7. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenia z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu, a następnie zmarł na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest tylko wtedy, gdy jest ono wyższe od świadczenia wypłaconego Ubezpieczonemu z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu, przy czym pomniejsza się jego wysokość o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu.

II. Świadczenie z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Suma ubezpieczenia z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu wynosi **23.000 PLN**.
2. Jeżeli Ubezpieczony w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową dozna urazu, który stanowi uszczerbek lub uszkodzenie ciała na zdrowiu w myśl § 2 pkt 33), AXA wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie wynikającej z przemnożenia sumy ubezpieczenia z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu przez wartość procentową doznanego uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu, orzeczonego przez lekarza powołanego przez AXA, ustalonego zgodnie z Tabelą uszczerbku na zdrowiu (Tabelą uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała), stanowiącą załącznik nr 4 do niniejszej umowy ubezpieczenia.
3. Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu danego Ubezpieczonego, powstałego w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu, a sumą świadczeń wypłaconych dotychczas z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu danego Ubezpieczonego, powstałego w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku.
4. W przypadku powstania uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu, wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
5. Rodzaj uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu oraz procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu ustalane są po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, jednakże jeżeli w terminie 360 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku leczenie lub rehabilitacja nie zostały zakończone, na wniosek Ubezpieczonego można dokonać wstępnego ustalenia rodzaju uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu i określić procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu przed zakończeniem leczenia i rehabilitacji oraz wypłacić bezsporną część świadczenia.

6. Rodzaj i procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej, a także, w razie potrzeby – na podstawie badań medycznych zleconych przez AXA i przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez AXA. Koszt zleconych badań ponosi AXA.
7. Jeżeli stopień uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu nie został ustalony przed śmiercią Ubezpieczonego, przyjmuje się go jako przypuszczalny według oceny lekarzy powołanych przez AXA.
8. Przy ustalaniu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy przez Ubezpieczonego ani innych czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
9. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu przekraczającego 24%, wysokość świadczenia z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu ustalana jest progresywnie, tj. jako iloczyn sumy ubezpieczenia określonej w umowie, wartości procentowej doznanego uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu i współczynnika progresji według poniższej Tabeli:

Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu	Procent wypłacanej sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu
do 24 %	1,0%
od 25 % do 100 %	1,5%

III. Świadczenie z tytułu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności AXA zawału serca lub udaru mózgu, AXA wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **8.000 PLN**.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego na skutek wystąpienia zawału serca/udaru mózgu, AXA wypłaci Uposażonemu z tytułu wystąpienia zawału serca/udaru mózgu świadczenie w wysokości **8.000 PLN**.
3. Prawo do świadczenia ustalone jest na podstawie dokumentacji medycznej, a w przypadkach wątpliwych – na podstawie badań medycznych zleconych przez AXA i przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez AXA. Koszt zleconych badań ponosi AXA.
4. Wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu nie stanowi podstawy do przyznania innych świadczeń przewidzianych w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia.

IV. Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

AXA zwraca Ubezpieczonemu nie pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych wydatki poniesione na naprawę lub nabycie protez i środków pomocniczych pod warunkiem, że naprawa lub nabycie zalecona została przez lekarza w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową. Zwrot następuje na podstawie oryginałów rachunków bądź faktur do wysokości **3.000 PLN**.

V. Świadczenie z operacji kosmetycznych Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. AXA zwraca Ubezpieczonemu nie pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych wydatki poniesione na operacje kosmetyczne mające na celu usunięcie oszpecenia wynikłego z nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że powyższe zostało zalecone przez lekarza jako niezbędne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową i miało miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Zwrot następuje na podstawie oryginałów rachunków, bądź faktur do wysokości **3.000 PLN**.

VI. Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów ratownictwa Ubezpieczonego

1. AXA zwraca Ubezpieczonemu koszty poniesione na akcję ratowniczą lub poszukiwawczą, prowadzoną przez wyspecjalizowane służby ratownicze w celu ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonego na terenie Europy (z włączeniem zdarzeń na terenie RP), z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Zwrot kosztów akcji ratowniczej lub poszukiwawczej niezwiązanej z nieszczęśliwym wypadkiem lub udarem mózgu lub zawałem serca pokrywany jest przez AXA po potrąceniu 30% udziału własnego Ubezpieczonego w poniesionych kosztach.
3. Przez koszty ratownictwa rozumie się koszty poszukiwań przez wyspecjalizowane służby ratownictwa, udzielenie doraźnej pomocy medycznej na miejscu zdarzenia, transport z miejsca wypadku lub odnalezienia Ubezpieczonego do najbliższego punktu opieki medycznej przy użyciu specjalistycznych środków transportu.
4. Zwrot następuje na podstawie oryginałów rachunków bądź faktur do wysokości **5.000 EUR**.
5. Do wypłaty świadczenia przyjmowany jest kurs euro z dnia wypłaty.

VII. Odszkodowanie z tytułu kosztów leczenia i assistance podczas wyjazdów poza granice

1. Przedmiotem ubezpieczenia są poniesione w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:
 - a) koszty leczenia;
 - b) koszty transportu do miejsca zamieszkania lub placówki medycznej na terenie RP lub kraju zamieszkania;
 - c) koszty transportu zwłok do miejsca pochówku na terenie RP lub kraju rezydencji;
 - d) koszty związane z organizowaniem i świadczeniem natychmiastowej pomocy assistance.

VIII. Koszty leczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty leczenia Ubezpieczonego, który podczas podróży zagranicznej musiał poddać się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem.
2. AXA pokryje, do wysokości sumy ubezpieczenia kosztów leczenia i natychmiastowej pomocy assistance, udokumentowane koszty:
 - 1) konsultacji lekarskich wraz z dojazdem lekarza z najbliższej placówki służby zdrowia, w przypadku gdy wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego;
 - 2) transportu Ubezpieczonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania do najbliższego szpitala lub placówki służby zdrowia, a także transportu z placówki medycznej do miejsca pobytu za granicą odpowiednim do stanu zdrowia środkiem transportu, do wysokości równowartości 100 euro;
 - 3) transportu Ubezpieczonego do innej placówki medycznej, jeżeli placówka medyczna, w której Ubezpieczony jest leczony, nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do jego stanu zdrowia, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie;
 - 4) badań i zabiegów ambulatoryjnych, lekarstw (z wyjątkiem witamin, środków wzmacniających, odżywek, maści i kremów upiększających) i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie;
 - 5) pobytu w szpitalu, tj. leczenia, zabiegów i operacji, których przeprowadzenia nie można było, ze względu na stan zdrowia, odłożyć do czasu powrotu do RP lub kraju rezydencji; Centrum Alarmowe dokonuje wyboru szpitala, który najlepiej odpowiada stanowi zdrowia Ubezpieczonego, organizuje dowóz do szpitala środkiem transportu sanitarnego, informuje szpital o warunkach płatności oraz pozostaje w ciągłym kontakcie ze szpitalem;
 - 6) leczenia stomatologicznego w przypadku nagłych stanów zapalnych, do łącznej wysokości równowartości 250 euro dla wszystkich zachorowań wymagających udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 7) naprawy lub zakupu okularów, protez, protez stomatologicznych oraz środków pomocniczych, w przypadku gdy ich uszkodzenie związane było z nieszczęśliwym wypadkiem, przy czym pokrywane są przez Towarzystwo do wysokości nieprzekraczającej 10% sumy ubezpieczenia kosztów leczenia i natychmiastowej pomocy assistance;
 - 8) żywienia i zakwaterowania Ubezpieczonego za granicą w celu rekonwalescencji, przez okres nie dłuższy niż 7 dni, maksymalnie do wysokości równowartości 100 euro za dzień, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, o ile koszty te zostaną zaakceptowane przez Centrum Alarmowe, w przypadku gdy transport Ubezpieczonego do RP lub kraju rezydencji nie może nastąpić bezpośrednio po zakończeniu pobytu w

szpitalu.

- g) jednej wizyty lekarskiej i ewentualnego niezbędnego transportu do placówki medycznej związanych z ciążą, do łącznej wysokości 100 euro;
 - 10) poniesione na komorę dekompresyjną w uzasadnionych medycznie przypadkach, pod warunkiem opłacenia składki uwzględniającej zwwyżkę za ubezpieczenie ryzyka nurkowania z aparatem powietrznym (sporty wysokiego ryzyka).
3. Limity świadczeń, określone w postanowieniach ust. 2, obowiązują:
- 1) w stosunku do jednego Ubezpieczonego oraz
 - 2) w odniesieniu do wszystkich zdarzeń zaistniałych w całym okresie ubezpieczenia łącznie.

IX. Koszty transportu do Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju rezydencji

1. Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne i udokumentowane koszty transportu medycznego Ubezpieczonego do RP lub kraju rezydencji – do placówki służby zdrowia lub miejsca zamieszkania, w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem, o ile wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego oraz gdy transport ten odbył się zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie.
2. Przedmiotem ubezpieczenia są również niezbędne i udokumentowane koszty transportu Ubezpieczonego do Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju rezydencji po zakończeniu leczenia, w przypadku gdy Ubezpieczony nie może kontynuować podróży ani powrócić do kraju wcześniej zaplanowanym środkiem transportu, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie.
3. AXA pokryje koszty, o których mowa w ust. 1 i ust. 2, z zastrzeżeniem że jeżeli koszt transportu do kraju rezydencji Ubezpieczonego przekracza koszt transportu do Rzeczypospolitej Polskiej, wówczas limit odpowiedzialności Towarzystwa stanowi kwota kosztu transportu do Rzeczypospolitej Polskiej.

X. Koszty transportu zwłok

1. W przypadku gdy Ubezpieczony zmarł w trakcie podróży zagranicznej, a śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, AXA pokrywa koszty:
 - 1) transportu zwłok Ubezpieczonego do miejsca pochówku w RP lub kraju rezydencji lub koszty pochówku za granicą;
 - 2) zakupu trumny lub urny.

XI. Koszty związane z organizowaniem i świadczeniem natychmiastowej pomocy assistance

W ramach organizowania i świadczenia natychmiastowej pomocy assistance AXA gwarantuje następujące usługi i świadczenia:

1. Całodobowy dyżur Centrum Alarmowego
2. Usługi informacyjne

Centrum Alarmowe udzieli Ubezpieczonemu informacji na temat: przepisów celnych i wizowych, dokumentów wymaganych przy wjeździe i w czasie pobytu w danym kraju, zalecanych szczepień, wynajmu samochodu, bazy noclegowej, pogody i warunków klimatycznych.

3. Pomoc w przypadku kradzieży lub utraty dokumentów

W przypadku kradzieży lub zaginięcia podczas podróży zagranicznej kart kredytowych lub euroczeków, należących do Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe zapewnia pomoc przy zablokowaniu konta osobistego, polegającą na przekazaniu Ubezpieczonemu właściwego numeru telefonu do banku prowadzącego rachunek bankowy

Ubezpieczonego albo przekazaniu do banku prowadzącego rachunek bankowy Ubezpieczonego informacji o zaistniałej kradzieży lub zaginięciu. Towarzystwo nie odpowiada za skuteczność ani też za prawidłowość przeprowadzenia przez bank procesu blokowania konta, ani za powstałe w związku z tym szkody.

W przypadku kradzieży, zaginięcia lub uszkodzenia dokumentów niezbędnych Ubezpieczonemu w czasie podróży zagranicznej Centrum Alarmowe udziela informacji o działaniach, jakie należy podjąć w celu uzyskania dokumentów zastępczych.

4. Koszty zakwaterowania i wyżywienia osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu w podróży

Jeżeli Towarzystwo pokrywa koszty pobytu Ubezpieczonego w szpitalu i pobyt ten przedłuża się poza pierwotnie przewidziany termin powrotu Ubezpieczonego do RP lub kraju rezydencji, wówczas dodatkowo pokrywane są koszty zakwaterowania i wyżywienia jednej towarzyszącej Ubezpieczonemu osoby. Koszty te pokrywane są do wysokości równowartości 100 euro na jedną dobę, maksymalnie za 7 dni.

5. Koszty podróży osoby wezwanej do towarzyszenia

Jeżeli Towarzystwo pokrywa koszty pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przez okres ponad 7 dni, a nie towarzyszy Ubezpieczonemu w podróży żadna osoba pełnoletnia, wówczas, dodatkowo pokrywane są koszty transportu w obie strony jednej osoby wezwanej do towarzyszenia, zamieszkałej na terenie RP lub kraju rezydencji, maksymalnie do wysokości równowartości 2000 euro. Towarzystwo pokryje koszty biletu kolejowego bądź autobusowego, lub jeżeli podróż tymi środkami lokomocji trwa dłużej niż 12 godzin – biletu lotniczego w klasie ekonomicznej. Dodatkowo Towarzystwo pokrywa tej osobie koszty zakwaterowania i wyżywienia do wysokości równowartości 100 euro za jedną dobę, maksymalnie za 7 dni.

6. Kontynuacja zaplanowanej podróży

W przypadku gdy stan zdrowia Ubezpieczonego, po zakończeniu leczenia szpitalnego związanego z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem, pozwala na kontynuację podróży, Centrum Alarmowe, na życzenie Ubezpieczonego, zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego z miejsca hospitalizacji do następnego etapu przewidzianej podróży, aby umożliwić mu jej kontynuowanie. Koszty transportu pokrywane są maksymalnie do wysokości równowartości 500 euro.

7. Pomoc w przypadku gdy Ubezpieczony ze względu na stan zdrowia nie może kontynuować podróży powrotnej samochodem

W przypadku gdy stan zdrowia Ubezpieczonego, potwierdzony pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą, nie pozwala na prowadzenie pojazdu samochodowego, którym Ubezpieczony odbywał podróż zagraniczną, a żaden z pasażerów nie posiada prawa jazdy bądź nie może kierować pojazdem – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty związane z opłaceniem i podróżą kierowcy zastępczego, do łącznej wysokości równowartości 1000 euro. Dodatkowo pokrywane są koszty związane z zakwaterowaniem i wyżywieniem kierowcy, do wysokości równowartości 100 euro dziennie, maksymalnie za 3 dni.

§ 13. Wypłata świadczenia

1. AXA w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, pisemnie lub drogą elektroniczną poinformuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego – w przypadku zdarzeń innych niż śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz informuje osobę zgłaszającą roszczenie o nadanym numerze szkody oraz o tym, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości.
2. AXA zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o następstwach nieszczęśliwego wypadku, do którego doszło w czasie ochrony ubezpieczeniowej.

3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 2, AXA wypłaci świadczenie w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
4. Bezsportną część świadczenia AXA wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 2.
5. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, AXA zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego – w przypadku zdarzeń innych niż śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, AXA poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego – w przypadku zdarzeń innych niż śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą bądź częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Odszkodowanie z tytułu kosztów leczenia i assistance wypłaca się na terytorium RP w złotych, według średniego kursu, zgodnie z ostatnią tabelą kursów NBP ogłoszoną w dniu zdarzenia, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu, z wyjątkiem kosztów zwracanych bezpośrednio za granicą wykonawcom usług oraz świadczeń pieniężnych objętych usługami assistance lub kosztów leczenia,

§ 14. Reklamacje, skargi i zażalenia

1. Reklamacja to wystąpienie osoby fizycznej, w tym skarga i zażalenie, skierowane do AXA zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez AXA. Inne podmioty niż osoby fizyczne mogą wносить skargi i zażalenia zgodnie z ust. 12.
2. Reklamacja może być złożona AXA w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – drogą pocztową na adres siedziby AXA: AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa albo osobiście w siedzibie AXA,
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia.korporacyjne@axa.pl,
 - 3) ustnie – telefonicznie pod nr telefonu 22 555 04 45 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce AXA.
3. Reklamację wnosi się do Zarządu AXA. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce AXA obsługującej klientów.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
5. Odpowiedź AXA na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo na wniosek osoby składającej reklamację AXA potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
6. W przypadku gdy AXA nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji, należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację AXA udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, AXA w tym terminie poinformuje osobę składającą reklamację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem AXA wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

10. Osoba składająca reklamację, która nie zgadza się ze stanowiskiem AXA, może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko AXA według właściwości określonej w § 15.
11. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
12. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez inne podmioty niż osoby fizyczne mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 2-8 oraz ust. 10-11, z zastrzeżeniem, że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia, i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, AXA w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia jej otrzymania.
13. AXA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 15. Właściwość prawa i sądu

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z zawartej umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby PTTK, Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy osoby uprawnionej z Umowy.

§ 16. Postanowienia końcowe

1. Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia winny być dokonywane na piśmie.
2. Wszelkie zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem ich nieważności.
3. Umowa zawarta została za pośrednictwem Biura Brokerów Ubezpieczeniowych „Maxima Fides” Sp. z o.o., które posiada stosowne pełnomocnictwo do reprezentowania PTTK.
7. Niniejsza umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Załączniki stanowiące integralną część Umowy:

- Załącznik nr 1. Formularz zgłoszenia szkody NNW i KL,
- Załącznik nr 2. Formularz rozliczenia liczby ubezpieczonych,
- Załącznik nr 3. Formularz wyznaczenia osoby uposażonej,
- Załącznik nr 4. Tabela Uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała.

w imieniu AXA:

w imieniu PTTK:
