Warszawa, listopad 2022 r.

Bankowość Prywatna

WARUNKI PAKIETU UBEZPIECZEŃ DO KARTY DEBETOWEJ MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD®

SPIS TREŚCI

UBEZPIECZENIE BEZPIECZNA KARTA – KARTA PRODUKTU 1

UBEZPIECZENIE BEZPIECZNA KARTA – WARUNKI 3

UBEZPIECZENIE BEZPIECZNA KARTA – INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH 11

UBEZPIECZENIE PODRÓŻY ZAGRANICZNEJ DLA POSIADACZY KARTY DEBETOWEJ MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD – KARTA PRODUKTU 13

UBEZPIECZENIE PODRÓŻY ZAGRANICZNEJ DLA POSIADACZY KARTY DEBETOWEJ MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD – SZCZEGÓLNE WARUNKI 19

UBEZPIECZENIE PODRÓŻY ZAGRANICZNEJ DLA POSIADACZY KARTY DEBETOWEJ MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD – BROSZURA INFORMACYJNA. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH 38

UBEZPIECZENIE ASSISTANCE PODRÓŻNEGO 41

UBEZPIECZENIE BEZPIECZNA KARTA – KARTA PRODUKTU

Karta Produktu jest materiałem informacyjnym i nie stanowi integralnej części umowy i Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Bezpieczna Karta (OWU). Karta Produktu została przygotowana we współpracy z PZU SA na podstawie Rekomendacji U z dnia 24 czerwca 2014 r. dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance wydanej przez Komisję Nadzoru Finansowego i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie oraz pomóc Klientowi w zrozumieniu cech produktu. Decyzję o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia Klient powinien podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym z OWU, w których znajdują się szczegółowe informacje o zasadach udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Niniejszy materiał nie stanowi rekomendacji ani oferty w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny oraz nie jest usługą doradztwa ubezpieczeniowego, finansowego, podatkowego ani prawnego.

PODSTAWOWE INFORMACJE

Ubezpieczyciel	PZU SA
Ubezpieczający	Bank Millennium S.A.
Ubezpieczony	Posiadacz lub użytkownik wydanej przez Bank Millennium S.A. karty płatniczej Millennium World Debit Mastercard.

ZAKRES OCHRONY

1. Ubezpieczenie nieuprawnionego użycia karty dla posiadacza karty

2. Ubezpieczenie gotówki od rabunku

3. Ubezpieczenie rzeczy osobistych

OPŁATA

Ubezpieczenie jest bezpłatne dla posiadacza karty.

OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu aktywowania danej karty. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynosi 1 miesiąc i podlega automatycznemu przedłużeniu na kolejne miesięczne okresy odpowiedzialności odpowiadające miesiącom kalendarzowym.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

Wysokość wypłaconego odszkodowania z tytułu wystąpienia zdarzeń określonych w OWU, jakie wystąpiły w okresie odpowiedzialności nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia określonej w OWU.

SUMA UBEZPIECZENIA

Zgodnie z OWU suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na zdarzenie ubezpieczeniowe określone w OWU i wynosi:

Lp.	ZAKRES OCHRONY	SUMA
1.	Ubezpieczenie nieuprawnionego użycia karty	równowartość w złotych kwoty 50 euro
2.	Ubezpieczenie rabunku gotówki	do 5 000 zł
3.	Ubezpieczenie rzeczy osobistych	do 500 zł

ZGŁOSZENIE SZKODY

Zgłoszenie szkody możliwe jest u Ubezpieczyciela poprzez złożenie wypełnionego Formularza Zgłoszenia Szkody wraz z wymaganymi dokumentami. Roszczenie powinno być zgłoszone bezpośrednio do Ubezpieczyciela w ciągu 30 dni od zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Formularz Zgłoszenia Szkody dostępny jest w placówkach Banku.

UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA

Każdy Ubezpieczony jest uprawniony do świadczenia z tytułu ubezpieczenia. Nie ma możliwości wskazania innych osób uprawnionych do świadczenia.

ZGŁASZANIE REKLAMACJI I SKARG

Zgłaszanie reklamacji i skarg jest możliwe bezpośrednio u Ubezpieczyciela.
Reklamacje i skargi w zakresie ubezpieczenia lub w zakresie czynności Banku jako Ubezpieczającego mogą być składane w Banku:
- w formie pisemnej (w dowolnej placówce Banku; listownie na adres siedziby Banku (ul. Stanisława Żaryna 2A, 02-593 Warszawa), z dopiskiem „Reklamacje"; za pośrednictwem Millenetu lub aplikacji mobilnej),
- w formie ustnej (podczas wizyty w placówce Banku; za pośrednictwem Centrum Obsługi Telefonicznej).

W przypadku, gdy reklamacja lub skarga dotyczy:
- ubezpieczenia, Bank przekazuje niezwłocznie dane zgłoszenie do Ubezpieczyciela;
- czynności Banku jako Ubezpieczającego, zgłoszenie rozpatrywane jest przez Bank w terminie 30 dni od dnia jego wpływu.

W szczególnie skomplikowanym przypadku termin rozpatrzenia reklamacji lub skargi może ulec wydłużeniu nie więcej niż do 60 dni od dnia jej wpływu. W takim przypadku Ubezpieczyciel lub Bank powiadomi osobę zgłaszającą o wydłużeniu okresu rozpatrzenia ze wskazaniem przewidywanego terminu udzielenia odpowiedzi, przyczyny opóźnienia, okoliczności, które muszą być ustalone. Odpowiedź na reklamację lub skargę przekazywana jest osobie, która ją złożyła w formie pisemnej bądź za pomocą innego trwałego nośnika informacji lub pocztą elektroniczną na wniosek osoby zgłaszającej. Istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów. Osobie zgłaszającej przysługuje prawo zwrócenia się ze sprawą do Rzecznika Finansowego, Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta, a w zakresie czynności Banku działającego jako Ubezpieczający również do Bankowego Arbitrażu Konsumenckiego działającego przy Związku Banków Polskich. W zakresie zarządzania reklamacjami i skargami Ubezpieczyciel oraz Bank podlegają nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Istnieją sytuacje, w których Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zaistniałe zdarzenia ubezpieczeniowe. Pełna lista wyłączeń znajduje się w §4, §7, §10 OWU. Poniżej znajdują się jedynie przykłady wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela:
- gdy posiadacz karty lub użytkownik karty pozostawił kartę bez zabezpieczenia w ogólnie dostępnym miejscu publicznym,
- szkody powstałe z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego,
- szkody powstałe z winy umyślnej osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

Rezygnacja z ubezpieczenia możliwa jest w dowolnym momencie bezpośrednio u Ubezpieczyciela lub poprzez złożenie oświadczenia w Banku.

DODATKOWE INFORMACJE

Wierzytelności wynikające z umowy ubezpieczenia są gwarantowane przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny w zakresie określonym przez Ustawę o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym (UFG) i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. W przypadku niewypłacalności Ubezpieczyciela określonej przez Ustawę o UFG, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny zaspokoi w części roszczenia osób uprawnionych z umowy ubezpieczenia, w wysokości 50% wierzytelności do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30 000 EUR.
Zgodnie z aktualnym stanem prawnym świadczenia ubezpieczeniowe w ramach ubezpieczenia Bezpieczna Karta są wolne od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz. U. 2012, poz. 362 ze zm.).
Wyrażenia zapisane wielką literą są zdefiniowane w OWU.
Przystąpienie do Umowy ubezpieczenia Bezpieczna Karta nie wpływa na dostępność i koszt kart płatniczych.
Ubezpieczony może żądać aby Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
Adres Ubezpieczyciela: PZU S.A., Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.

Dokument obowiązujący dla przystąpień do umowy ubezpieczenia od 19.11.2022 r.

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA „BEZPIECZNA KARTA – 2 RYZYKA" DLA POSIADACZY I UŻYTKOWNIKÓW KART WYDAWANYCH PRZEZ BANK MILLENNIUM S.A.

ustalone uchwałą nr UZ/224/2016 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej z dnia 21 czerwca 2016 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/372/2018 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej z dnia 18 grudnia 2018 r.

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Postanowienia wspólne: § 1 ust. 8, § 2, § 12, § 14 ust. 1-3, 5-6, 8-9, § 15 ust. 1, 3-5, 7-10, § 16 ust. 1, § 17 Ubezpieczenie nieuprawnionego użycia karty: § 3, § 5 Ubezpieczenie gotówki pobranej z bankomatu lub terminala POS: § 6, § 8 Ubezpieczenie rzeczy osobistych: § 9, § 11
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Postanowienia wspólne: § 1 ust. 8, § 2, § 12, § 14 ust. 4, 7 i 10, § 15 ust. 2, 6-7, 10-11, § 16 ust. 1, § 17, § 18 ust. 3-4, Ubezpieczenie nieuprawnionego użycia karty: § 3 ust. 2-5, § 4, § 5 Ubezpieczenie gotówki pobranej z bankomatu lub terminala POS: § 6, § 7, § 8 Ubezpieczenie rzeczy osobistych § 9, § 10, § 11

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia „Bezpieczna karta – 2 ryzyka" dla posiadaczy i użytkowników kart wydawanych przez Bank Millennium S.A., zwane dalej „OWU", mają zastosowanie do Umowy grupowego ubezpieczenia dla posiadaczy kart płatniczych w Banku Millennium S.A., zwanej dalej „umową ubezpieczenia", zawartej przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną, zwaną dalej „PZU SA", z Bankiem Millennium Spółką Akcyjną, zwaną dalej „Bankiem" lub „Ubezpieczającym".
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie OWU obejmuje poniższe rodzaje ubezpieczeń:
   1) ubezpieczenie nieuprawnionego użycia karty;
   2) ubezpieczenie gotówki pobranej z bankomatu lub terminala POS;
   3) ubezpieczenie rzeczy osobistych.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonego o prawach i obowiązkach wynikających z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczony może żądać, by PZU SA udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
5. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność PZU SA, PZU SA może podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
6. W porozumieniu z Ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU. W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych, OWU mają zastosowanie w zakresie nie uregulowanym tymi postanowieniami.
7. Wprowadzenie postanowień dodatkowych lub odmiennych wymaga formy pisemnej potwierdzającej ich przyjęcie przez strony umowy ubezpieczenia.
8. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

§ 2. DEFINICJE

Przez użyte w OWU pojęcia należy rozumieć:

1. akty terroryzmu – działania indywidualne lub grupowe skierowane przeciwko ludności lub mieniu w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności, dezorganizacji życia publicznego, transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych – dla osiągnięcia skutków ekonomicznych, politycznych lub społecznych;
2. bankomat – urządzenie umożliwiające podejmowanie gotówki lub dodatkowo dokonywanie innych operacji przy użyciu karty lub BLIK;
3. BLIK – system płatności mobilnej przy użyciu kodu tworzonego w aplikacji mobilnej Banku;
4. karta - ważną, aktywowaną kartę płatniczą wydaną przez Bank, określoną w umowie ubezpieczenia, w tym kartę zwirtualizowaną (powiązaną z daną kartą i będącą jej elektronicznym odpowiednikiem;
5. kradzież - działanie polegające na zaborze (zabraniu) karty lub urządzenia mobilnego z kartą zwirtualizowaną lub rzeczy osobistych posiadaczowi karty lub użytkownikowi karty w celu przywłaszczenia z zamiarem trwałego pozbawienia go możliwości dysponowania kartą lub rzeczami osobistymi;
6. nieuprawnione użycie karty – użycie karty lub danych karty bez zgody posiadacza karty lub użytkownika karty, powodujące zmianę salda na rachunku posiadacza karty;
7. numer PIN – poufny osobisty numer identyfikacyjny, generowany dla każdej karty indywidualnie;
8. odszkodowanie – kwotę należną Ubezpieczonemu z tytułu szkody powstałej w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
9. operacja - płatność za towary lub usługi oraz wypłatę gotówki z bankomatu lub terminala POS, przy użyciu karty lub BLIK, powodującą zmianę salda na rachunku posiadacza karty, w tym płatności realizowane bez fizycznego użycia karty (dokonywane za pośrednictwem np. Internetu lub telefonu);
10. posiadacz karty – osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, która zawarła z Bankiem umowę o kartę;
11. rabunek - działanie polegające na zaborze (zabraniu) posiadaczowi karty lub użytkownikowi karty gotówki wypłaconej z bankomatu lub terminala POS przy użyciu karty lub BLIK, lub karty, lub urządzenia mobilnego z kartą zwirtualizowaną, lub rzeczy osobistych w celu przywłaszczenia, przy użyciu przemocy fizycznej wobec posiadacza karty lub użytkownika karty, groźby jej natychmiastowego użycia albo z doprowadzeniem go do stanu nieprzytomności lub bezbronności;
12. rachunek posiadacza karty – rachunek posiadacza karty prowadzony przez Bank, w ciężar którego dokonywane są operacje lub który uznawany jest spłatą z tytułu operacji dokonywanych kartą lub BLIK;
13. regulamin – stosowny regulaminy Banku określające zasady wydawania i użytkowania kart płatniczych;
14. rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej – wystąpienie z umowy ubezpieczenia;
15. RP – Rzeczpospolitą Polską;
16. suma ubezpieczenia – kwotę stanowiącą górną granicę odpowiedzialności PZU SA;
17. szkoda - uszczerbek majątkowy powstały w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego będący stratą rzeczywistą, z wyłączeniem utraconych korzyści;
18. terminal POS – (ang. point of sale – punkt handlowy) urządzenie instalowane w punktach handlowo-usługowych, używane do kontaktu z Bankiem za pośrednictwem centrum autoryzacyjnego w sytuacji, gdy posiadacz karty lub użytkownik karty za nabywany towar lub usługę płaci kartą lub BLIK w celu rozliczenia transakcji lub podejmuje gotówkę;
19. Ubezpieczony – posiadacza karty lub użytkownika karty, przy czym użytkownik karty jest ubezpieczony w zakresie określonym w § 6, 9, na rachunek których Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
20. umowa o kartę – umowę zawartą przez Bank z posiadaczem karty, regulującą zasady korzystania z karty;
21. użytkownik karty – osobę fizyczną, upoważnioną przez posiadacza karty do dokonywania w imieniu i na rzecz posiadacza

karty operacji określonych w umowie o kartę, której dane identyfikacyjne są umieszczone na karcie;

22. wykaz kart - załącznik do umowy ubezpieczenia, w którym wskazana jest wysokość sum ubezpieczenia w odniesieniu do kart objętych ubezpieczeniem gotówki pobranej z bankomatu lub terminala POS; wykaz kart jest przekazywany posiadaczom i użytkownikom kart łącznie z OWU oraz jest dostępny w placówkach i na stronach internetowych Banku;
23. zastrzeżenie karty – inicjowane przez posiadacza karty, użytkownika karty lub Bank nieodwracalne zablokowanie możliwości dokonywania operacji kartą;
24. zdarzenie ubezpieczeniowe:
    a) w ubezpieczeniu nieuprawnionego użycia karty - nieuprawnione użycie karty utraconej przez posiadacza karty lub użytkownika karty w wyniku rabunku, kradzieży albo zgubienia, powodujące obciążenie rachunku posiadacza karty,
    b) w ubezpieczeniu gotówki pobranej z bankomatu lub terminala POS – rabunek gotówki pobranej z bankomatu lub terminala POS przy użyciu karty lub BLIK przez posiadacza karty lub użytkownika karty,
    c) w ubezpieczeniu rzeczy osobistych – rabunek,lub kradzież rzeczy osobistych Ubezpieczonego: portfela, portmonetki, torebki, teczki, dokumentów (paszport, dowód osobisty, prawo jazdy), kart płatniczych lub zagubienie tych rzeczy osobistych pod warunkiem wystąpienia zdarzenia nieuprawnionego użycia karty utraconej przez Ubezpieczonego razem z rzeczami osobistymi.

UBEZPIECZENIE NIEUPRAWNIONEGO UŻYCIA KARTY
§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest nieuprawnione użycie karty.
2. Z zastrzeżeniem wyłączeń, o których mowa w § 4, zakresem ubezpieczenia objęte są szkody powstałe wskutek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia, w ciągu 72 godzin przed zgłoszeniem Bankowi faktu utraty karty w wyniku rabunku, kradzieży albo zgubienia. Zakresem ubezpieczenia objęte są operacje, za które odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, do wysokości kwoty, jaka obciąża z tego tytułu rachunek posiadacza karty, nie większej jednak niż przyjęta dla danej karty suma ubezpieczenia.
3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, zakresem ubezpieczenia objęte są szkody powstałe wskutek nieuprawnionego użycia karty bez użycia numeru PIN albo złożenia podpisu przez posiadacza karty lub użytkownika karty.
4. Ochroną ubezpieczeniową objęte są szkody powstałe wskutek nieuprawnionego użycia karty z użyciem numeru PIN tylko w przypadku, gdy:
    1) osoba trzecia zmusiła posiadacza karty lub użytkownika karty do ujawnienia numeru PIN poprzez dopuszczenie się aktu przemocy lub groźby użycia przemocy przeciwko nim;
    2) zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w ciągu pierwszych sześciu godzin od momentu użycia przez Ubezpieczonego numeru PIN w miejscu publicznym;
    3) utrata karty nastąpiła w wyniku dokonania rabunku lub kradzieży z włamaniem w miejscu zamieszkania posiadacza karty lub użytkownika karty.
5. Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody powstałe wskutek zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych na terytorium RP i poza jej granicami.

§ 4.WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU SA

1. PZU SA nie odpowiada za szkody:
    1) powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu, strajków, rozruchów społecznych;
    2) powstałe wskutek konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania mienia przez organy państwowe.
2. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności, gdy posiadacz karty lub użytkownik karty pozostawił kartę bez zabezpieczenia w ogólnie dostępnym miejscu publicznym.
3. Ponadto PZU SA nie odpowiada za szkody:
    1) wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa posiadacza karty, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności, przy czym przez winę umyślną lub rażące niedbalstwo posiadacza karty będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną niebędącą osobą prawną należy rozumieć winę:
        a) w przedsiębiorstwach państwowych – dyrektora lub jego zastępców,
        b) w spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością i spółkach akcyjnych – członków zarządu lub prokurentów,
        c) w spółkach komandytowych i komandytowo – akcyjnych – komplementariuszy lub prokurentów,
        d) w spółkach jawnych – wspólników lub prokurentów,
        e) w spółkach partnerskich – partnerów lub członków zarządu lub prokurentów,
        f) w spółkach cywilnych – wspólników,
        g) w spółdzielniach, fundacjach i stowarzyszeniach – członków zarządu;
    2) wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa także innej osoby niż wymieniona w pkt 1 lit. a – g, działającej w imieniu lub na rzecz posiadacza karty, chyba że w przypadku rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
    3) powstałe z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa użytkownika karty, w razie:
        a) przechowywania przez niego karty razem z numerem PIN,
        b) udostępnienia przez niego karty lub numeru PIN osobom nieuprawnionym,
    c) nie zgłoszenia przez niego niezwłocznie do Banku utraty albo zniszczenia karty,
    d) używania przez niego karty niezgodnie z zasadami określonymi w regulaminie,

    chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
    4) powstałe z winy umyślnej osoby, z którą Ubezpieczony, będący osobą fizyczną, pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.

§ 5. SUMA UBEZPIECZENIA I USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY

1. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności PZU SA na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe - związane z każdą utratą danej karty w wyniku rabunku, kradzieży albo zgubienia, zaistniałe w okresie ubezpieczenia i wynosi równowartość w złotych 50 euro według kursu euro określonego w obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa.
2. Ustalenie wysokości szkody oraz zasadności i wysokości odszkodowania następuje na podstawie dokumentów, o których mowa w § 15 ust. 8 pkt 1 i ust. 9 pkt 2. Wysokość szkody jest ustalana według wartości operacji dokonanych w wyniku nieuprawnionego użycia karty, stwierdzonych na podstawie dokumentów stanowiących dowód ich dokonania.
3. W ramach udzielonej ochrony ubezpieczeniowej PZU SA jest zobowiązany do pokrycia opłat i prowizji obciążających rachunek posiadacza karty z tytułu użytkowania i obsługi karty powstałych w wyniku nieuprawnionego użycia karty. Jednak odpowiedzialność PZU SA z tego tytułu ograniczona jest tylko do wysokości sumy ubezpieczenia.
4. W przypadku operacji dokonanych na terytorium RP wysokość szkody ustalana jest według wartości nominalnej środków pieniężnych. W przypadku operacji dokonanych poza granicami RP wysokość szkody jest ustalana według wartości w walucie, jaką został obciążony przez Bank rachunek posiadacza karty z tytułu dokonania tych operacji. Jeżeli rachunek posiadacza karty jest prowadzony w walucie obcej, wysokość szkody ustalana jest po przeliczeniu kwoty obciążenia rachunku posiadacza karty z tytułu tych operacji, na złote, według średniego kursu tej waluty ogłoszonego przez NBP, obowiązującego w dniu ustalenia odszkodowania, tj. w dniu podjęcia przez PZU SA decyzji o jego wypłacie.
5. Jeżeli po wypłacie odszkodowania Ubezpieczony odzyskał utracone środki pieniężne zobowiązany jest do zwrotu wypłaconego odszkodowania.

UBEZPIECZENIE GOTÓWKI POBRANEJ Z BANKOMATU LUB TERMINALA POS

§ 6. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest gotówka pobrana przez posiadacza karty lub użytkownika karty z bankomatu lub terminala POS przy użyciu karty lub BLIK, znajdująca się pod bezpośrednią pieczą posiadacza karty lub użytkownika karty.
2. Z zastrzeżeniem wyłączeń, o których mowa w § 7, zakresem ubezpieczenia objęte są szkody powstałe wskutek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia, w terminie liczonym od momentu pobrania gotówki z bankomatu lub terminala POS przy użyciu karty lub BLIK i określonym w wykazie kart.
3. Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody powstałe wskutek zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych na terytorium RP i poza jej granicami.

§ 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU SA

1. PZU SA nie odpowiada za szkody:
   1) powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu, strajków, rozruchów społecznych;
   2) powstałe wskutek konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania mienia przez organy państwowe.
2. Ponadto PZU SA nie odpowiada za szkody:
   1) wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa posiadacza karty, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności, przy czym przez winę umyślną lub rażące niedbalstwo posiadacza karty będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną niebędącą osobą prawną należy rozumieć winę:
      a) w przedsiębiorstwach państwowych – dyrektora lub jego zastępców,
      b) w spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością i spółkach akcyjnych – członków zarządu lub prokurentów,
      c) w spółkach komandytowych i komandytowo – akcyjnych – komplementariuszy lub prokurentów,
      d) w spółkach jawnych – wspólników lub prokurentów,
      e) w spółkach partnerskich – partnerów lub członków zarządu lub prokurentów,
      f) w spółkach cywilnych – wspólników,
      g) w spółdzielniach, fundacjach i stowarzyszeniach – członków zarządu;
   2) powstałe z winy umyślnej lub wskutek rażącego niedbalstwa użytkownika karty, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
   3) wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa także innej osoby niż wymieniona w pkt 1 lit. a – g, działającej w imieniu lub na rzecz posiadacza karty, chyba że w przypadku rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
   4) powstałe z winy umyślnej osoby, z którą Ubezpieczony, będący osobą fizyczną, pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
   5) powstałe w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie noszącego znamion rabunku.

§ 8. SUMA UBEZPIECZENIA I USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY

1. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności PZU SA. Suma ubezpieczenia ustalana jest oddzielnie dla każdej z kart na każde zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia i określona jest w wykazie kart.
2. Wysokość szkody ustala się według wartości operacji dokonanych przed utratą gotówki w wyniku rabunku, stwierdzonych na podstawie dokumentów stanowiących dowód ich dokonania, o których mowa w § 15 ust. 8 pkt 2 i ust. 9 pkt 2.
3. W przypadku operacji dokonanych na terytorium RP wysokość szkody ustalana jest według wartości nominalnej środków pieniężnych. W przypadku operacji dokonanych poza granicami RP wysokość szkody jest ustalana według wartości w złotych, jaką został obciążony przez Bank rachunek posiadacza karty z tytułu dokonania tych operacji. Jeżeli rachunek posiadacza karty jest prowadzony w walucie obcej, wysokość szkody ustalana jest po przeliczeniu kwoty obciążenia rachunku posiadacza karty z tytułu tych operacji, na złote, według średniego kursu tej waluty ogłoszonego przez NBP, obowiązującego w dniu ustalenia odszkodowania, tj. w dniu podjęcia przez PZU SA decyzji o jego wypłacie.

4. W ramach udzielonej ochrony ubezpieczeniowej PZU SA jest zobowiązany do pokrycia opłat i prowizji obciążających rachunek posiadacza karty powstałych w wyniku pobrania gotówki z bankomatu lub terminala POS przy użyciu karty lub BLIK, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, do wysokości sumy ubezpieczenia na każde zdarzenie ubezpieczeniowe.
5. Jeżeli po wypłacie odszkodowania Ubezpieczony odzyskał utracone środki pieniężne, zobowiązany jest do zwrotu wypłaconego odszkodowania.

UBEZPIECZENIE RZECZY OSOBISTYCH

§ 9. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia są rzeczy osobiste portfel, portmonetka, torebka, teczka, dokumenty (paszport, dowód osobisty, prawo jazdy) oraz karty płatnicze.
2. Z zastrzeżeniem wyłączeń, o których mowa w § 10, zakresem ubezpieczenia objęte są szkody powstałe wskutek zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez PZU SA na terytorium RP i poza jej granicami.

§ 10. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. PZU SA nie odpowiada za szkody:
   1) powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu, strajków, rozruchów społecznych, konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania mienia przez organy państwowe w tym służby celne;
   2) powstałe z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
   3) powstałe z winy umyślnej osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.
2. PZU SA nie odpowiada również za szkody powstałe wskutek:
   1) kradzieży z włamaniem z pojazdu, chyba że:
      a) kradzieży z włamaniem dokonano z pojazdu, z który użytkował Ubezpieczony oraz
      b) kradzieży z włamaniem dokonano z pojazdu posiadającego trwałe zadaszenie (jednolitą sztywną konstrukcję) oraz
      c) po opuszczeniu pojazdu i pozostawieniu go bez nadzoru kierującego lub pasażerów, pojazd został zamknięty w sposób uniemożliwiający dostęp do niego bez użycia siły lub narzędzi lub innego urządzenia otwierającego, chyba że sprawca zdobył to urządzenie w wyniku kradzieży lub rabunku;
   2) kradzieży z włamaniem z budynku, chyba że:
      a) kradzieży z włamaniem dokonano z budynku, w którym mieszkał Ubezpieczony oraz
      b) wszystkie wejścia do budynku zabezpieczone były prawidłowo osadzonymi pełnymi drzwiami zewnętrznymi zamkniętymi na co najmniej jeden zamek wielozastawkowy lub jeden zamek wielopunktowy lub jeden zamek mechaniczno-elektroniczny, mający atest Instytutu Mechaniki Precyzyjnej lub innej instytucji uprawnionej do jego wydania oraz
      c) wejście do piwnicy, garażu, budynku gospodarczego lub innego pomieszczenia gospodarczego zabezpieczone było drzwiami zamkniętymi na co najmniej jeden zamek wielozastawkowy, kłódkę wielozastawkową lub inny atestowany system zabezpieczenia, o ile nie są to drzwi zewnętrzne budynku oraz
      d) drzwi balkonowe, drzwi tarasowe o konstrukcji drzwi balkonowych oraz okna były prawidłowo osadzone i zamknięte w sposób uniemożliwiający otwarcie ich przez osoby trzecie bez użycia siły i narzędzi oraz
      e) klucze do zamków i kłódek znajdowały się w wyłącznym posiadaniu Ubezpieczonego lub osób upoważnionych do ich przechowywania.

§ 11. SUMA UBEZPIECZENIA I USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY

1. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności PZU SA. Suma ubezpieczenia na każde zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia określona jest dla danej karty i wynosi 500 (pięćset) złotych.
2. Ustalenie wysokości szkody oraz zasadności i wysokości odszkodowania następuje na podstawie dokumentów, o których mowa w § 15 ust. 8 pkt 3 i ust. 9 pkt. 2. Wysokość odszkodowania równa jest wartości utraconych rzeczy z dnia ich zakupu lub kosztowi wydania nowych kart lub dokumentów.

POSTANOWIENIA WSPÓLNE

§ 12. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność PZU SA w stosunku do każdego Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem aktywowania karty.
2. Okres ubezpieczenia w stosunku do każdego Ubezpieczonego wynosi jeden miesiąc i podlega automatycznemu przedłużeniu na kolejne miesięczne okresy ubezpieczenia odpowiadające miesiącom kalendarzowym, przy czym pierwszy okres ubezpieczenia kończy się z upływem miesiąca kalendarzowego, w którym aktywowano kartę.
3. Ubezpieczonemu przysługuje w każdym czasie prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej. Rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dokonuje poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu posiadania danej karty:
   1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
   2) z dniem odstąpienia Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
   3) z dniem upływu ważności karty, z wyłączeniem przypadku wydania przez Bank kolejnej karty w ramach tej samej umowy o kartę;
   4) z dniem rozwiązania umowy o kartę;
   5) z chwilą zastrzeżenia karty - wówczas wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej następuje w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu posiadania tej karty;

6) z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, za który opłacona została składka ubezpieczeniowa, w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.

§ 13. WSKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w którym PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składka ubezpieczeniowa jest ustalana w zależności od:
   1) okresu ubezpieczenia;
   2) liczby kart wydanych przez Ubezpieczającego.
3. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana w wysokości i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.
4. Zapłata składki ubezpieczeniowej następuje w formie bezgotówkowej.
5. Składka ubezpieczeniowa nie podlega indeksacji.

§ 14. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU SA wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU SA zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU SA umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać zmiany okoliczności wymienionych w ustępie poprzedzającym. Ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach PZU SA niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 14 dni po otrzymaniu o nich wiadomości.
3. Przy zawarciu umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 i 2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
4. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 - 3 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 - 3 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu informacji o numerach telefonów i adresach pod którymi Ubezpieczony może zgłosić zdarzenie ubezpieczeniowe i uzyskać dodatkowe informacje o ubezpieczeniu.
6. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczający jest zobowiązany:
   1) potwierdzić ważność karty w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz imię i nazwisko Ubezpieczonego;
   2) potwierdzić objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową wraz z podaniem daty tego objęcia;
   3) potwierdzić dokonanie operacji przy użyciu karty lub BLIK w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   4) potwierdzić przyjęcie zawiadomienia od Ubezpieczonego o utracie albo zniszczeniu karty ze wskazaniem daty i godziny zastrzeżenia karty;
   5) umożliwić przedstawicielowi PZU SA dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień;
   6) udostępnić dokumenty, które PZU SA uzna za niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania.
7. Wykonanie obowiązków, o których mowa w ust. 6, jest niezbędne do ustalenia odpowiedzialności PZU SA.
8. Ubezpieczony jest zobowiązany do używania, przechowywania karty i numeru PIN zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie.
9. W razie niedopełnienia przez Ubezpieczonego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa obowiązków wymienionych w ust. 8, PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe z tego powodu, chyba że w przypadku rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.

§ 15. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ubezpieczony jest zobowiązany w terminie 30 dni od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zawiadomić o nim PZU SA.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w ust. 1, PZU SA może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło PZU SA ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Skutki braku zawiadomienia PZU SA o zdarzeniu ubezpieczeniowym nie nastąpią, jeżeli PZU SA w terminie, o którym mowa w ust. 1, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
4. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony jest zobowiązany użyć dostępnych mu środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, w szczególności powiadomić Policję o zdarzeniu ubezpieczeniowym w ciągu 48 godzin od jego zajścia.
5. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, jest zobowiązany zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę oraz udzielić PZU SA pomocy dostarczając informacje oraz dokumenty niezbędne do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych.
6. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 4, PZU SA jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
7. PZU SA jest zobowiązany, w granicach sumy ubezpieczenia, zwrócić koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w ust. 4, jeżeli środki te były celowe, choćby okazały się bezskuteczne.
8. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do PZU SA wypełniony Formularz Zgłoszenia Szkody w sposób określony w tym Formularzu oraz następujące dokumenty:
   1) w przypadku ubezpieczenia nieuprawnionego użycia karty:
      a) miesięczny wyciąg lub zbiorcze zestawienie operacji, z zaznaczeniem operacji dokonanych bez zgody i wiedzy posiadacza karty lub użytkownika karty,

b) poświadczenie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, wydane przez Policję, w przypadku rabunku albo kradzieży karty,
c) dokumenty potwierdzające zawarcie innego ubezpieczenia (jeżeli dotyczy),

2) w przypadku ubezpieczenia gotówki pobranej z bankomatu lub terminala POS:
a) potwierdzenie dokonania operacji ze wskazaniem dnia, godziny, miejsca zdarzenia ubezpieczeniowego,
b) miesięczny wyciąg lub zbiorcze zestawienie operacji dokonanych na rachunku posiadacza karty,
c) poświadczenie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego wydane przez Policję,
d) dokumenty potwierdzające zawarcie innego ubezpieczenia gotówki pobranej z bankomatu albo terminala POS (jeżeli dotyczy),

3) w przypadku ubezpieczenia rzeczy osobistych:
a) w przypadku kradzieży lub rabunku - poświadczenia o zgłoszeniu zdarzenia ubezpieczeniowego wydane przez Policję,
b) potwierdzające poniesione przez Ubezpieczonego koszty zakupu rzeczy osobistych, lub
c) poświadczające koszty wydania Ubezpieczonemu nowych dokumentów, lub
d) poświadczające koszty wydania nowych kart płatniczych.

9. Ponadto w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
1) Ubezpieczony zobowiązany jest umożliwić przedstawicielowi PZU SA dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień;
2) udostępnić, na wniosek PZU SA, inne dokumenty niż wymienione w ust. 8, niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania.

10. Wykonanie obowiązków, o których mowa w ust. 8 i 9, konieczne jest do ustalenia odpowiedzialności PZU SA.
11. PZU SA zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii rzeczoznawców.

§ 16. WYPŁATA ODSZKODOWANIA I OBOWIĄZKI INFORMACYJNE PZU SA

1. PZU SA wypłaca odszkodowanie w kwocie odpowiadającej wysokości szkody, nie większej jednak od sumy ubezpieczenia stanowiącej górną granicę odpowiedzialności PZU SA.
2. PZU SA wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
3. Gdyby w terminie określonym w ust. 2, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU SA albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania PZU SA powinien wypłacić w terminie określonym w ust. 2.
4. PZU SA jest zobowiązany:
1) po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;
2) jeżeli w terminach określonych w ust. 2 i 3 nie wypłaci odszkodowania, do zawiadomienia pisemnie:
a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
b) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
- o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części odszkodowania;
3) jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
a) osoby występującej z roszczeniem oraz
b) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
- wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
4) do udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości odszkodowania; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU SA udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU SA;
5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
6) na żądanie Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych ze zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU SA oraz ustalenia okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, jak również wysokości odszkodowania.

§ 17. PODWÓJNA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, Ubezpieczony nie może żądać odszkodowania przenoszącego wysokość szkody między ubezpieczycielami. Każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.

2. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o jakich mowa w ust. 1, uzgodniono, że suma wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, zapłaty odszkodowania w części przenoszącej wysokość szkody Ubezpieczony może żądać tylko od tego ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w niniejszym postanowieniu, suma ubezpieczenia równa jest wartości ubezpieczeniowej.

§ 18. REGRES UBEZPIECZENIOWY

1. Z dniem wypłaty przez PZU SA odszkodowania, roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą z mocy prawa na PZU SA do wysokości zapłaconego odszkodowania, z zastrzeżeniem ust. 2. Jeżeli PZU SA pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje, co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniami PZU SA.
2. Nie przechodzą na PZU SA roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.
3. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody PZU SA zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę albo je ograniczył, PZU SA może odmówić odszkodowania lub je zmniejszyć.
4. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłaceniu przez PZU SA odszkodowania, wówczas PZU SA może zażądać od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

§ 19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU SA obsługującej klientów.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
   2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801-102-102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
   3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
3. PZU SA rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU SA na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby, która złożyła tę reklamację, skargę lub zażalenie.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
   1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
   2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU SA, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
11. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. Językiem stosowanym przez PZU SA w relacjach z konsumentem jest język polski.
13. PZU SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
15. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

ZAŁĄCZNIK

Nazwa karty		Suma ubezpieczenia na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	Franszyza redukcyjna na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	Termin powstania szkody od momentu pobrania gotówki
Rodzaj karty	**Nazwa handlowa**			
MasterCard World Debit	Millennium World Debit MasterCard	5000 zł	0 zł	24 godziny

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych
Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa. Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.

Przetwarzanie danych
Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:

- przygotowania i przedstawienia oferty – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do przygotowania i przedstawienia oferty (tj. do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy), a w przypadku akceptacji oferty – zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do zawarcia i wykonywania umowy,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; do celów marketingu wykorzystywane będą podane dane kontaktowe oraz dane kontaktowe pozyskane w przyszłości,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o rachunkowości,
- wypełniania przez administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w szczególności w zakresie weryfikacji list sankcyjnych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z odpowiednich przepisów,
- ustalania wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw technicznoubezpieczeniowych dla celów rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest ustalanie składek w wysokości, która zapewnia co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń,
- podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań.

Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela w odniesieniu do przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.

Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

Okres przechowywania danych
Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, a także do momentu wygaśnięcia uprawnienia do przetwarzania danych w celach ustalania na ich podstawie wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości.

Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, obejmującego profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu.

Przekazywanie danych
Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, w tym m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana Prawa
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego w tym profilowania.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. W Polsce takim organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

UBEZPIECZENIE PODRÓŻY ZAGRANICZNEJ DLA POSIADACZY KARTY DEBETOWEJ MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD – KARTA PRODUKTU

Ubezpieczenie funkcjonuje w ramach aktywnej karty wydanej przez Bank Millennium S.A. **Ubezpieczyciel – Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli działająca w Polsce poprzez Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce, ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa, wchodząca w skład grupy AXA.** **Ubezpieczający– Bank Millennium S.A.**		
1	Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej	Przedmiotem ubezpieczenia jest: **1) ochrona od strat finansowych lub nieprzewidzianych wydatków** poniesionych w związku: – z opóźnieniem odjazdu/ odlotu środka transportu (Część A) – z odmową wstępu na pokład (Część B) – z opóźnieniem dostarczenia bagażu (Część C) – z utratą lub uszkodzeniem mienia (Część F; Część H) **2) wypłata świadczenia odszkodowawczego** z tytułu: – odbytej hospitalizacji (Część D) – następstwa nieszczęśliwego wypadku (Część E) – gwarancji najlepszej ceny (Część G) Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację świadczeń pomocowych, wypłatę odszkodowań lub organizację i pokrycie kosztów usług określonych umową ubezpieczenia, o których szczegółowo mowa w dalszej części niniejszej Karty Produktu.
2	Świadczenia przysługujące klientowi lub innym osobom z umowy ubezpieczenia	Tabela świadczeń i limitów stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej Karty Produktu
3	Składka ubezpieczeniowa	**Ubezpieczony nie opłaca składki ubezpieczeniowej**. Obowiązek opłacenia składki ciąży na Ubezpieczającym na podstawie umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel określa wysokość składki ubezpieczeniowej na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, w oparciu o ryzyko ubezpieczeniowe.
4	Zasady ustalania wysokości świadczenia	Ciężar udowodnienia wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego i zasadności roszczeń spoczywa na osobie ubiegającej się o świadczenie. Ustalenie zasadności roszczeń i wysokości przysługujących świadczeń odbywa się w oparciu o pełną dokumentację określoną w Warunkach Ubezpieczenia, którą przedkłada Ubezpieczony samodzielnie, bądź za pośrednictwem osoby występującej w jego imieniu. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji składanych dokumentów. Na żądanie Ubezpieczyciela, w przypadkach uzasadnionych, jeżeli wskazane w Warunkach Ubezpieczenia dokumenty okażą się niewystarczające do ustalenie zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczony samodzielnie, bądź za pośrednictwem osoby występującej w jego imieniu zobowiązany jest do przedstawienia innych, zwyczajowo stosowanych w danej sytuacji faktycznej dokumentów, niezbędnych do określenia zasadności roszczeń i wysokości świadczeń. Na żądanie Ubezpieczyciela, w przypadkach uzasadnionych, związanych z ustaleniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela Ubezpieczony lub osoba uprawniona w przypadku śmierci Ubezpieczonego zobowiązani są udostępnić Ubezpieczycielowi informacje na temat stanu zdrowia Ubezpieczonego i wyrazić zgodę na zbadanie stanu zdrowia lub przyczyn śmierci Ubezpieczonego.

4	Zasady ustalania wysokości świadczenia	W sytuacjach, gdy Ubezpieczony lub osoba uprawniona w przypadku śmierci Ubezpieczonego uchyla się od obowiązku dostarczenia dokumentacji, bądź wyrażenia stosownej zgody na zbadanie stanu zdrowia/przyczyny śmierci Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami powyższymi, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, w takim zakresie w jakim niewypełnienie tego obowiązku przyczyniło się do uniemożliwienia ustalenia okoliczności mających wpływ na zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela. **Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia, albo limitów właściwych dla poszczególnych świadczeń.** Ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić należne świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zgłoszenia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Świadczenie jest wypłacane w walucie wskazanej przez Ubezpieczonego, według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu powstania wydatków lub wydania decyzji o wypłacie świadczenia, za wyjątkiem bezpośrednich płatności na rzecz zagranicznych placówek służby zdrowia, zagranicznych poszkodowanych lub innych zagranicznych podmiotów, jeżeli Warunki Ubezpieczenia nie zawierają odmiennych postanowień.
5	Wysokość sumy ubezpieczenia oraz przesłanki jej ewentualnej zmiany	Suma ubezpieczenia jest kwotą stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela za szkody powstałe w okresie ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia dla poszczególnych ryzyk została wskazana w Tabeli świadczeń i limitów stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszej Karty Produktu. W przypadku braku odmiennych postanowień w Warunkach Ubezpieczenia, limity kwotowe świadczeń podane są w przeliczeniu na jednego Ubezpieczonego, na jedną podróż. Nie istnieje możliwość zmiany sumy ubezpieczenia, ani ilości należnych świadczeń.
6	Okres i zasięg ochrony ubezpieczeniowej. Zasady kontynuacji umowy/wznowienia ochrony	**Zakres terytorialny ochrony ubezpieczeniowej obejmuje cały świat.** **Okres trwania ochrony ubezpieczeniowej to maksymalnie 60 dni następujących kolejno po sobie.** **Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest dokonanie z góry całej płatności za transport podróżny Ubezpieczonego za pomocą karty Millennium World Debit MasterCard** oraz rozpoczęcie i zakończenie podróży w kraju zamieszkania. Podróże rozpoczęte z wykorzystaniem biletów w jedną stronę lub biletów otwartych nie są objęte ochroną. Ochrona ubezpieczeniowa oraz prawo do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia: 1) dla Części A: Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu, Części B: Ubezpieczenie kosztów z tytułu odmowy wejścia na pokład samolotu, Części C: Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego, Części E: Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków, rozpoczyna się w chwili opuszczenia przez Ubezpieczonego Miejsca zamieszkania z bezpośrednim zamiarem rozpoczęcia Podróży, a dobiega końca w chwili powrotu Ubezpieczonego do Miejsca zamieszkania po zakończeniu podróży, najpóźniej jednak o godzinie 24: 00 w 60-tym dniu podróży; 2) dla Części D: Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji, rozpoczyna się od momentu przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy RP, bądź granicy jego Kraju stałego zamieszkania przy wyjeździe, a kończy się w chwili przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy RP, bądź granicy jego Kraju stałego zamieszkania przy powrocie, najpóźniej jednak o godzinie 24: 00 w 60-tym dniu podróży; 3) dla Części F: Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy o kartę Millennium World Debit MasterCard, a kończy się z upływem jej okresu ważności, w stosunku do danej karty; 4) Część G: Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny rozpoczyna się w chwili dokonania zakupu danego przedmiotu przy użyciu karty Millennium World Debit MasterCard i kończy się po upływie 15 dni licząc od dnia zakupu; 5) dla Części H: Ubezpieczenie utraty zakupów rozpoczyna się w chwili dokonania zakupu danego przedmiotu przy użyciu karty Millennium World Debit MasterCard i kończy się po upływie 60 dni licząc od dnia zakupu. Okres ubezpieczenia trwa od momentu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, przez zawarcie umowy o rachunek karty Millennium World Debit MasterCard, do chwili zamknięcia rachunku karty lub rozwiązania umowy ubezpieczenia.

7	Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w sytuacjach, w których Ubezpieczony: 1) nie przestrzega wskazówek Centrum Pomocy Assistance i nie współdziała z nim lub nie przedstawi dokumentów, do których złożenia zobowiązany jest na mocy SWU, w zakresie w jakim było to uzasadnione dla ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub rodzaju i zakresu należnych świadczeń; 2) działa wbrew zaleceniom Lekarza prowadzącego, ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się rozmiaru szkody; 3) nie zwolnił z obowiązku zachowania tajemnicy Lekarza prowadzącego lub innej instytucji, w przypadku gdy jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela a Centrum Pomocy Assistance poinformuje o tym wymaganiu składającego wniosek o świadczenie. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia będące normalnym następstwem: 1) umyślnego działania Ubezpieczonego lub osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym; 2) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności; 3) Nieszczęśliwych wypadków lub zaburzeń stanu zdrowia, schorzeń, zachorowań, których objawy występowały przed początkiem Okresu ubezpieczenia, również w przypadku, kiedy mimo ich wystąpienia nie zasięgnięto porady lekarskiej. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków, gdy zdarzenie pozostaje w adekwatnym związku z: 1) Chorobą przewlekłą; 2) zachowaniem chuligańskim Ubezpieczonego lub w związku z działalnością przestępczą; 3) udziałem w bójkach lub popełnieniem, bądź usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego; 4) udziałem Ubezpieczonego w konflikcie wojennym, w misjach pokojowych, akcjach bojowych lub wojennych; 5) udziałem w buntach, demonstracjach, powstaniach, publicznych aktach przemocy, strajkach lub na skutek ingerencji lub decyzji organów administracji publicznej; 6) udziałem Ubezpieczonego w Akcie terrorystycznym lub w przygotowaniach do niego; 7) naruszeniem przepisów prawa, zarządzeń lub środków mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa, zastosowanych przez dany kraj lub kiedy Ubezpieczony złamał przepisy bezpieczeństwa lub nie używał w chwili zaistnienia zdarzenia odpowiednich środków ochronnych takich jak: kask przy jeździe konnej lub rowerowej, na nartach i na snowboardzie, kask i kamizelka ratunkowa przy sportach wodnych lub nie posiadał odpowiednich ważnych uprawnień do wykonywania danej aktywności, na przykład prawa jazdy, uprawnień do nurkowania rekreacyjnego, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się rozmiaru szkody; 8) niewykonaniem szczepień ochronnych lub zabiegów profilaktycznych rekomendowanych przed Podróżą zagraniczną na terytorium danego kraju; 9) chorobami przenoszonymi drogą płciową, AIDS, HIV; 10) Chorobami psychicznymi; 11) następstwami znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody; 12) uprawianiem aktywności sportowej nieobjętej podstawową ochroną ubezpieczeniową (tabela sportów objętych ubezpieczeniem znajduje się w artykule 3 ust. 4 SWU); 13) uprawianiem aktywności sportowej w miejscach do tego nie przeznaczonych; 14) braniem udziału w polowaniach na zwierzęta; 15) braniem udziału w zawodach lub rajdach, jako kierowca, pilot lub pasażer pojazdów silnikowych, również podczas jazd próbnych i testowych; 16) postępowaniem, w związku z którym Ubezpieczony nie przestrzegał przepisów prawa obowiązujących na terenie danego państwa; 17) wykonywaniem Pracy fizycznej;

7	Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	18) wykonywaniem zadań kaskaderskich; 19) wykonywaniem pełnionej funkcji: żołnierza, policjanta, członka innej służby mundurowej lub innej jednostki lub służby bezpieczeństwa; 20) wypadkami lotniczymi, z wyłączeniem przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych. Ponadto ubezpieczenie nie obejmuje przypadków, gdy zdarzenie: 1) miało miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (RP) lub Kraju stałego zamieszkania, o ile w SWU nie wprowadzono postanowień odmiennych dla danego rodzaju ubezpieczenia; 2) miało miejsce na terenie państwa, w którym Ubezpieczony przebywa nielegalnie; 3) spowodowane zostało przez energię jądrową lub zagrożenia o charakterze jądrowym lub w związku z nimi; 4) było znane w chwili przystąpienia do umowy ubezpieczenia; 5) nastąpiło w wyniku samobójstwa, próby samobójczej lub na skutek umyślnego samookaleczenia ciała Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności; 6) nastąpiło w trakcie podróży rozpoczętej przez Ubezpieczonego po opublikowaniu przez, Światową Organizację Zdrowia lub Ministerstwo Spraw Zagranicznych Rzeczypospolitej Polskiej, iż nie zaleca się podróżowania do danego państwa lub regionu; 7) zostało spowodowane przez epidemię, bądź skażenie chemiczne lub biologiczne; 8) nastąpiło w trakcie posługiwania się pirotechniką lub bronią palną. Ponadto **ochrona z tytułu świadczeń** wynikających z **Części D – Świadczenie z tytułu hospitalizacji jest wyłączona w kraju zamieszkania**. Szczegółowe postanowienia dotyczące zakresu wyłączeń i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela zawarte są w postanowieniach części szczególnych SWU.
8	Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej	Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie jej trwania poprzez zamknięcie rachunku karty Millennium World Debit MasterCard. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej skutkuje ustaniem ochrony udzielanej przez Ubezpieczyciela z dniem następnym po dniu zamknięcia rachunku karty. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu ubezpieczenia nie pociąga za sobą dodatkowych kosztów, jednak nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Za czas niewykorzystanej ochrony Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki.
9	Zgłaszanie zdarzenia ubezpieczeniowego i reklamacji	**Zgłaszanie Zdarzenia ubezpieczeniowego:** W celu zgłoszenia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu powinna niezwłocznie **skontaktować się z Ubezpieczycielem** pod numerem telefonu **801 115 115** (dla połączeń z Polski) lub **+48 22 598 40 41** (dla połączeń z zagranicy i połączeń z telefonów komórkowych), **nie później jednak niż w terminie 30 dni** od daty wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. **Zgłaszanie reklamacji:** Reklamacja powinna zostać złożona telefonicznie na numer telefonu: **801 115 115** (dla połączeń z Polski) lub **+48 22 598 40 41** (dla połączeń z zagranicy i połączeń z telefonów komórkowych), bądź drogą mailową na adres: **quality@ipa.com.pl.** bądź pocztą na adres: Inter Partner Assistance, ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa.
10	Rozpatrywanie skarg	Sposób zgłaszania skargi opisany jest w pkt 9 powyżej. Jeżeli w procesie rozpatrywania zgłoszeń konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący zgłoszenie zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel w celu rozpatrzenia zgłoszenia. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
11	Ochrona ubezpieczeniowa osób innych niż klient	W ramach ubezpieczenia ochroną objęci są również: - **małżonek lub partner życiowy** Posiadacza karty Millennium World Debit MasterCard - **dzieci** Posiadacza karty Millennium World Debit MasterCard, które nie ukończyły 25 roku życia, nie pozostają w związku małżeńskim i pozostają na utrzymaniu Posiadacza karty. **Szczegółowe informacje dotyczące zasad na jakich udzielana jest ochrona powyższym osobom zawarte są w SWU.**

12	Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia	Podmiotem uprawnionym do otrzymania świadczeń jest **Ubezpieczony – Posiadacz Karty**, a także osoby wskazane w punkcie 11 niniejszej Karty.
13	Odstąpienie od umowy ubezpieczenia	Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia, w terminie: - 30 dni, - 7 dni – gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, Okres ten liczony jest od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia złożonego do Ubezpieczyciela bezpośrednio lub za pośrednictwem agenta. Do Ubezpieczonego stosuje się Rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej.
14	Opodatkowanie świadczeń	Nie dotyczy

WAŻNE – Zastrzeżenia prawne dotyczące Karty Produktu:
Niniejsza Karta Produktu jest wyłącznie materiałem informacyjnym i nie stanowi ona oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. Została ona przygotowana na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Podróży dla posiadaczy karty Millennium World Debit MasterCard, które mają zastosowanie do zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych od 01.01.2017 r. i które stanowią pełną treść praw i obowiązków Ubezpieczonego. Przed podjęciem decyzji dotyczących ubezpieczenia należy zapoznać się ze Szczególnymi Warunkami Ubezpieczenia Podróży dla posiadaczy karty Millennium World Debit MasterCard, gdzie znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu, m.in.: przedmiocie i zakresie ubezpieczenia oraz wyłączeniach odpowiedzialności.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO KARTY PRODUKTU UBEZPIECZENIA PODRÓŻY DLA POSIADACZY KARTY DEBETOWEJ MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD

TABELA ŚWIADCZEŃ I LIMITÓW	
W przypadku braku innej informacji kwoty wszystkich świadczeń są podane w przeliczeniu na jednego **Ubezpieczonego** i jedną **Podróż.**	
Część A – Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu	
Suma ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem (dla opóźnień powyżej 4 godzin)	250 euro
Część B – Ubezpieczenie kosztów z tytułu odmowy wejścia na pokład samolotu	
Suma ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	250 euro
Część C – Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego	
Suma ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	250 euro
Część D – Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji	
Suma ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu Hospitalizacji	1500 euro
Limit na świadczenie za każdy dzień	50 euro; max 30 dni
Część E – Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków	
Suma ubezpieczenia dla następstw Nieszczęśliwych wypadków	125 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci (Ubezpieczony od 16 roku)	125 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci (Ubezpieczony do 5 roku)	10 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci (Ubezpieczony między 5, a 15 rokiem życia)	20 000 euro
Łączna Suma ubezpieczenia dla następstw Nieszczęśliwych wypadków dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	125 000 euro
Suma ubezpieczenia na pokrycie kosztów trumny i repatriacji szczątków	25 000 euro
Część F – Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych	
Suma ubezpieczenia na rok kalendarzowy	150 euro
Część G – Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny	
Suma ubezpieczenia na rok kalendarzowy	750 euro
Franczyza integralna	50 euro
Część H – Ubezpieczenie utraty zakupów	
Suma ubezpieczenia na rok kalendarzowy	3000 euro
Franczyza integralna	50 euro

UBEZPIECZENIE PODRÓŻY ZAGRANICZNEJ DLA POSIADACZY KARTY DEBETOWEJ MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD – SZCZEGÓLNE WARUNKI

RODZAJ INFORMACJI	POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA PODRÓŻY DLA POSIADACZY KARTY MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Art. 2 ust. 41; Art. 3 ust. 1-2; Art. 6 ust. 1; Art. 12 ust. 2,3; Art. 15 ust. 2,3; Art. 18 ust. 2; Art. 21 ust. 2,3; Art. 24 ust. 2; Art. 29 ust. 2,3; Art. 35 ust. 3,
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Tabela świadczeń i limitów; Art. 7 ust. 3, 7-8; Art. 8; Art. 12 ust. 1,4; Art. 14; Art. 15 ust. 1,4; Art. 16; Art. 18 ust. 1,4; Art. 19; Art. 21 ust. 1,3; Art. 22; Art. 24 ust. 1,3; Art. 26; Art. 27; Art. 29 ust. 1,3; Art. 30; Art. 32 ust. 1,3; Art. 33, Art. 35 ust. 1,4; Art. 36

TABELA ŚWIADCZEŃ I LIMITÓW	
W przypadku braku innej informacji kwoty wszystkich świadczeń są podane w przeliczeniu na jednego **Ubezpieczonego** i jedną **Podróż.**	
Część A – Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu	
Suma ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem (dla opóźnień powyżej 4 godzin)	250 euro
Część B – Ubezpieczenie kosztów z tytułu odmowy wejścia na pokład samolotu	
Suma ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	250 euro
Część C – Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego	
Suma ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	250 euro
Część D – Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji	
Suma ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu Hospitalizacji	1500 euro
Limit na świadczenie za każdy dzień	50 euro; max 30 dni
Część E – Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków	
Suma ubezpieczenia dla następstw Nieszczęśliwych wypadków	125 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci (Ubezpieczony od 16 roku)	125 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci (Ubezpieczony do 5 roku)	10 000 euro
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci (Ubezpieczony między 5, a 15 rokiem życia)	20 000 euro
Łączna Suma ubezpieczenia dla następstw Nieszczęśliwych wypadków dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych podróżujących razem	125 000 euro
Suma ubezpieczenia na pokrycie kosztów trumny i repatriacji szczątków	25 000 euro
Część F – Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych	
Suma ubezpieczenia na rok kalendarzowy	150 euro
Część G – Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny	
Suma ubezpieczenia na rok kalendarzowy	750 euro
Franczyza integralna	50 euro
Część H – Ubezpieczenie utraty zakupów	
Suma ubezpieczenia na rok kalendarzowy	3000 euro
Franczyza integralna	50 euro

POSTANOWIENIA WSPÓLNE

Artykuł 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Podróży, zwane dalej SWU, mają zastosowanie do grupowej umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli działającą w Polsce na zasadzie swobody świadczenia usług poprzez Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce, ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa,wchodzącą w skład grupy AXA, zwaną dalej Ubezpieczycielem, a Bankiem Millennium S.A. z siedzibą w Warszawie (02-593) przy ul. Stanisława Żaryna 2A zwanym dalej Ubezpieczającym.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na cudzy rachunek, postanowienia niniejszych SWU stosuje się odpowiednio do osoby, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia.

Artykuł 2. Definicje pojęć

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

1. Akt terrorystyczny – użycie siły, przemocy lub groźby ich użycia przez jakąkolwiek osobę lub grupę osób, samodzielnie lub na czyjąś rzecz lub przy współpracy z jakąkolwiek organizacją, bądź rządem, popełnione z powodów lub w celach politycznych, religijnych, ideologicznych, które powodują szkody dotyczące życia i zdrowia ludzkiego, mienia, wartości materialnych lub niematerialnych lub infrastruktury, włącznie z zamiarem wpływania na rząd, zastraszania ludności lub określonych grup społecznych;
2. Amatorskie uprawianie sportu – aktywność Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu sportów, której celem jest odpoczynek i rozrywka, pod warunkiem, że realizowane są w wyznaczonych do tego celu miejscach, tj. na wytyczonych trasach, oznakowanych szlakach i akwenach;
3. Centrum Pomocy Assistance – jednostka organizacyjna zajmująca się w imieniu Ubezpieczyciela organizacją i świadczeniem Ubezpieczonemu usług assistance określonych w niniejszych SWU oraz likwidacją szkód;
4. Chirurgia jednego dnia – zabieg chirurgiczny, wykonywany przez wykwalifikowany zespół Lekarzy i pielęgniarek, w placówce medycznej posiadającej stosowne uprawnienia pod warunkiem, że zabieg realizowany jest w ramach leczenia jednodniowego, bez Hospitalizacji;
5. Choroba przewlekła – wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, w stanie zdrowia, które charakteryzują się długotrwałym przebiegiem, oraz które były zdiagnozowane, leczone lub dawały objawy w okresie 24 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz każde schorzenie sercowo-naczyniowe lub schorzenie układu krążenia sklasyfikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) w ramach grup: I00-I99 oraz E78., które wystąpiło w dowolnym momencie przed rozpoczęciem ochrony wynikającej z SWU i/lub przed jakąkolwiek Podróżą;
6. Choroba psychiczna – zaburzenie lub choroba sklasyfikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (F00-F99);
7. Deszcz nawalny – deszcz o współczynniku wydajności co najmniej 4, ustalonym przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej. W przypadku niemożności uzyskania odpowiednich informacji z Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej, wystąpienie Deszczu nawalnego ustala się na podstawie stanu faktycznego i rozmiaru szkód w miejscu ich powstania lub w ich bezpośrednim sąsiedztwie;
8. Dokumenty osobiste – należące do Ubezpieconego: paszport, dowód osobisty, prawo jazdy oraz dowody rejestracyjne samochodów;
9. Grad – składający się z bryłek lodu opad atmosferyczny;
10. Hospitalizacja – leczenie szpitalne wiążące się z koniecznością pobytu w Szpitalu prze okres obejmujący co najmniej jedną noc;
11. Huragan – wiatr o prędkości nie mniej niż 24 m/s ustalonej przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej, którego działanie wyrządza masowe szkody; w przypadku niemożności uzyskania odpowiednich informacji z Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej wystąpienie Huraganu ustala się na podstawie stanu faktycznego i rozmiaru szkód w miejscu ich powstania lub w ich bezpośrednim sąsiedztwie;
12. Klient – będący osobą fizyczną Ubezpieczony, Uposażony lub uprawiony z umowy ubezpieczenia;
13. Klęska żywiołowa – niszczycielskie działanie sił natury obejmujące rozległe obszary terytorialne: pożar, wybuch, uderzenie pioruna, wichura, Grad, Deszcz nawalny, Huragan, Powódź, zalanie, Lawina, obsunięcie się terenu, aktywność wulkaniczna, trzęsienie ziemi;
14. Kradzież – zabór rzeczy stanowiącej własność Ubezpieczonego w celu przywłaszczenia przez osobę trzecią;
15. Kradzież z włamaniem – usiłowanie lub dokonanie zaboru rzeczy należącej do Ubezpieczonego przez osobę trzecią, poprzez włamanie, czyli przedostanie się do zamkniętych pomieszczeń przy użyciu wybiegu, poprzez niedozwolone złamanie zabezpieczeń lub poprzez pokonanie innej przeszkody zabezpieczającej przy użyciu siły;
16. Kraj stałego zamieszkania – kraj, w którym Ubezpieczony zamieszkuje przez okres co najmniej jednego roku bezpośrednio poprzedzającego przystąpienie do umowy ubezpieczenia oraz w którym koncentruje się jego życie zawodowe i osobiste. Nie jest Krajem stałego zamieszkania kraj, w którym dana osoba przebywa z zamiarem kształcenia się lub do którego została oddelegowana do pracy;
17. Lawina – gwałtowna utrata stabilności i przemieszczanie się: spadanie, staczanie lub ześlizgiwanie się ze stoku górskiego mas śniegu, lodu, gleby, materiału skalnego, bądź ich mieszaniny;
18. Lekarz – osoba fizyczna posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami obowiązującymi

na terenie kraju, gdzie świadczy pomoc medyczną. W rozumieniu niniejszych SWU Lekarzem nie jest osoba spokrewniona z Ubezpieczonym;
19. Miejsce zamieszkania – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju stałego zamieszkania lokal mieszkalny lub budynek mieszkalny jednorodzinny, w którym Ubezpieczony na stałe przebywa;
20. Nagłe zachorowanie – nagłe zaburzenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, które ze względu na swój charakter stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia Ubezpieczonego niezależnie od jego woli i wymaga niezbędnego, bezzwłocznego leczenia. Za Nagłe zachorowanie nie uznaje się zaburzenia stanu zdrowia, którego leczenie zostało rozpoczęte przed początkiem okresu ochrony ubezpieczeniowej, lub zaburzenia stanu zdrowia, którego objawy występowały przed początkiem okresu ochrony ubezpieczeniowej, nawet w przypadku, kiedy nie było badane przez Lekarza ani leczone;
21. Nieszczęśliwy wypadek – niespodziewane i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależne od swojej woli doznał rozstroju zdrowia, fizycznych obrażeń lub zmarł;
22. Okres ubezpieczenia – okres liczony od dnia przystąpienia przez Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, do momentu rezygnacji z ochrony, wygaśnięcia umowy ubezpieczenia lub zamknięcia rachunku karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD;
23. Osoba bliska – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego we wspólnym gospodarstwie, która nie są jednocześnie Współubezpieczonym, będąca dla Ubezpieczonego:
    1) małżonkiem lub partnerem życiowym,
    2) dzieckiem, pasierbem, dzieckiem przysposobionym lub przyjętym na wychowanie,
    3) rodzicem, przysposabiającym, teściem, teściową, ojczymem, macochą,
    4) dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową;
24. Podróż – czasowa zmiana miejsca pobytu Ubezpieczonego, obejmująca dojazd, pobyt poza Miejscem zamieszkania oraz powrót do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, trwająca łącznie nie dłużej niż 60 kolejnych dni, której koszty w całości z góry zostały opłacone kartą MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD. Podróże odbywane wyłącznie na terenie Kraju stałego zamieszkania chronione są w przypadku rezerwacji przez Ubezpieczonego zakwaterowania przez co najmniej 3 dni (2 noce) w hotelu, motelu, na kempingu, w pensjonacie, domku letniskowym lub innym podobnym obiekcie wynajmowanym za opłatą;
25. Powódź – zalanie terenu wywołane przez wezbranie wody w ciekach naturalnych, zbiornikach wodnych, kanałach lub od strony morza;
26. Praca fizyczna – wykonywanie lub podjęcie przez Ubezpieczonego czynności w celu zarobkowym bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, z wyjątkiem pracy kierowców autokarów i Pracy umysłowej (biurowej, naukowej itp.); które opierają się głównie na sile mięśni oraz umiejętnościach manualnych i praktycznych; W rozumieniu niniejszych SWU Pracą fizyczną jest również działalność niezarobkowa, np. praktyki zawodowe, wolontariat; w przypadku gdy praca Ubezpieczonego ma charakter Pracy fizycznej i jednocześnie Pracy umysłowej, przyjmuje się, że Ubezpieczony wykonuje Pracę fizyczną;
27. Praca umysłowa – wykonywanie lub podjęcie przez Ubezpieczonego pracy biurowej (tj. niezwiązanej z Pracą fizyczną), rozumianej jako praca nie wymagająca dużego nakładu siły, opierająca się na intelekcie i rozumowaniu, w tym również w ramach uczestnictwa w konferencjach i szkoleniach teoretycznych, której efekt jest niematerialny, powstający w procesie zbierania i przetwarzania informacji;
28. Rabunek – użycie przemocy lub groźba bezpośredniego użycia przemocy przez osobę trzecią (napastnika) w stosunku do Ubezpieczonego w celu przywłaszczenia sobie mienia należącego do Ubezpieczonego;
29. Reklamacja – wystąpienie Klienta skierowane do Ubezpieczyciela, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela;
30. Suma ubezpieczenia – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela za szkody powstałe w Okresie ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia dla poszczególnych wariantów została wskazana w Tabeli świadczeń i limitów;
31. Szpital – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w postaci wykonywanych całodobowo kompleksowych świadczeń zdrowotnych polegających na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji. Definicja Szpitala nie obejmuje ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków opieki społecznej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych i wypoczynkowych;
32. Tabela świadczeń i limitów – zestawienie wszystkich Sum ubezpieczenia, sum gwarancyjnych, limitów świadczeń ubezpieczeniowych ustalonych dla poszczególnych rodzajów ubezpieczenia objętych niniejszymi SWU. Tabela świadczeń i limitów stanowi integralną część SWU;
33. Tabela Trwałego uszczerbku na zdrowiu – lista uszkodzeń ciała i stawek procentowych ewentualnego odszkodowania stanowiąca podstawę do obliczenia świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałych uszczerbków na zdrowiu będących następstwem Nieszczęśliwych wypadków. Tabela Trwałego uszczerbku na zdrowiu jest integralną częścią niniejszych SWU (art. 25 ust. 14) Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo wprowadzania zmian lub uzupełnień w Tabeli Trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozwoju wiedzy i sztuki lekarskiej. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego określa Ubezpieczyciel według Tabeli Trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w chwili przystąpienia do Ubezpieczenia Podróży przez Ubezpieczonego;
34. Trwały uszczerbek na zdrowiu – powstałe w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu, nierokujące poprawy;

35. Ubezpieczający – Bank Millennium S.A., który zawarł z Ubezpieczycielem grupową umowę ubezpieczenia;
36. Ubezpieczony (Posiadacz karty) – osoba fizyczna, która zawarła z Bankiem Millennium S.A. umowę rachunków bankowych oraz karty debetowej MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD i która dysponuje w/w ważną kartą.
37. Uposażony – osoba (lub osoby) wskazana imiennie przez Ubezpieczonego na piśmie, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonego podczas przystępowania do umowy ubezpieczenia, a także w każdym czasie jej obowiązywania. Ubezpieczony może zmienić Uposażonego w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Zmiana obowiązywać będzie od dnia następnego po otrzymaniu takiej informacji przez Ubezpieczyciela. W sytuacji, gdy suma procentowych udziałów Uposażonych nie jest równa 100, uważa się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wymienionych ze wskazania Ubezpieczonego. W przypadku nie wyznaczenia Uposażonego przez Ubezpieczonego, stosuje się przepisy art. 6 ust. 4 niniejszych SWU;
38. Ustawa – ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym;
39. Współubezpieczony – osoba fizyczna, objęta ochroną ubezpieczeniową:
    1) małżonek lub partner życiowy Posiadacza karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD;
    2) dzieci Posiadacza karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD które nie ukończyły 25 roku życia i pozostają na jego utrzymaniu;

    Współubezpieczeni są uprawnieni do świadczeń w przypadku Podróży odbywanej niezależnie od siebie i niezależnie od Ubezpieczonego z wyjątkiem:
    1) Część A: Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu;
    2) Część B: Ubezpieczenie kosztów z tytułu odmowy wejścia na pokład samolotu;
    3) Część C: Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego;

    W przypadku powyższych ryzyk wymagana jest wspólna podróż wszystkich – Ubezpieczonego oraz Współubezpieczonych – w ramach jednej Podróży, do tego samego miejsca przeznaczenia co Posiadacz karty. Wszelkie zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej i realizacji świadczeń wskazane w niniejszym SWU w stosunku do Ubezpieczonego mają zastosowanie do Współubezpieczonych;
40. Zdarzenie losowe – nie dające się przewidzieć zdarzenie, niezależne od woli Ubezpieczonego; na potrzeby niniejszych SWU za Zdarzenie losowe uważa się: włamanie do Miejsca zamieszkania, pożar lub zalanie Miejsca zamieszkania, zniszczenie Miejsca zamieszkania w wyniku Klęski żywiołowej;
41. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte zakresem umowy ubezpieczenia, które nastąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie którego powstaje obowiązek Ubezpieczyciela do udzielenia Ubezpieczonemu lub osobie trzeciej świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU. Zdarzenia spowodowane jedną przyczyną i obejmujące wszystkie okoliczności oraz ich skutki, powiązane relacją przyczynowo-skutkową, czasem wystąpienia lub innym bezpośrednim czynnikiem, będą uważane za jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Artykuł 3. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia Podróży

1. Ubezpieczenie zapewnia Ubezpieczonym ochronę ubezpieczeniową w Okresie ubezpieczenia podczas ich Podróży.
2. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest w stosunku do Podróży odbywanych na terytorium całego świata.
3. W zakresie ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:
    1) Część A: Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu;
    2) Część B: Ubezpieczenie kosztów z tytułu odmowy wejścia na pokład samolotu;
    3) Część C: Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego;
    4) Część D: Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji;
    5) Część E: Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków;
    6) Część F: Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych;
    7) Część G: Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny;
    8) Część H: Ubezpieczenie utraty zakupów.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszych SWU, na podstawie Części D: Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji, obejmuje zdarzenia będące normalnym następstwem Amatorskiego uprawiania sportów. Zakres ochrony świadczony jest zgodnie z poniższą tabelą i obejmuje następujące rodzaje zwykłej, wypoczynkowej aktywności sportowej oraz sporty uprawiane na poziomie rekreacyjnym:

Dyscyplina
Badminton
Baseball
Biegi
Biegi górskie
Biegi na orientację
Golf

Gry wojenne
Hokej
Jazda figurowa na jednej narcie (monoskiing)
Jazda gokartem
Jazda konna
Jazda na krótkich nartach (snowblading)
Jazda na łyżworolkach
Jazda na nartach na lodowcu
Jazda na nartach wodnych
Jazda na skuterze śnieżnym
Jazda na słoniu
Jazda na snowboardzie (na wyznaczonej trasie lub poza wyznaczoną trasą z przewodnikiem)
Jazda na wielbłądzie
Jazda przełajowa na kucykach
Jazda skuterem wodnym
Kajakarstwo (do stopnia/klasy 3)
Kitesurfing
Kolarstwo górskie na nawierzchni asfaltowej
Kolarstwo szosowe
Koszykówka
Kręgle
Krykiet
Lot balonem na gorące powietrze
Łucznictwo
Łyżwiarstwo (na oficjalnych lodowiskach)
Narciarstwo (na wyznaczonej trasie lub poza wyznaczoną trasą z przewodnikiem)
Narciarstwo biegowe
Narciarstwo wodne
Netball
Nurkowanie (z zastrzeżeniami i powyżej 40 metrów)
Paintball
Palant
Piłka nożna
Piłka wodna
Pływanie jachtem (w odległości powyżej 20 mil morskich od brzegu)
Przełajowa jazda konna
Racquetball
Saneczkarstwo
Siatkówka
Skoki z trampoliny
Squash
Strzelanie do rzutków
Surfing
Szermierka
Tenis
Tenis stołowy
Trekking (do 4000 metrów bez użycia sprzętu wspinaczkowego)
Turystyka na nartach
Wędkarstwo

Wędrówki przy użyciu rakiet śnieżnych
Windsurfing
Zjazd na linie
Zorbing
Żeglarstwo

Artykuł 4. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczony przystępuje do umowy ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji za pośrednictwem Ubezpieczającego, w toku zawierania umowy rachunków bankowych oraz karty debetowej MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD.
2. Ubezpieczony przystępuje do umowy ubezpieczenia na czas określony, odpowiadający okresowi ważności umowy karty debetowej MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać Ubezpieczonemu SWU oraz zapoznać go z treścią umowy ubezpieczenia w zakresie w jakim dotyczy ona jego praw i obowiązków.
4. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia jest skuteczne od następnego dnia po dniu złożenia deklaracji przystąpienia zgodnie z ust. 1 niniejszego artykułu.
5. Treść stosunku prawnego Ubezpieczonego z Ubezpieczycielem z grupowej umowy ubezpieczenia wynika z treści niniejszych SWU.

Artykuł 5. Składka ubezpieczeniowa

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

Artykuł 6. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej i prawo do świadczeń

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się wyłącznie dla Podróży, których koszty transportu lub zakwaterowania w całości, z góry zostały opłacone kartą MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD.
2. Ochrona ubezpieczeniowa oraz prawo do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia:
   1) dla Części A: Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu, Części B: Ubezpieczenie kosztów z tytułu odmowy wejścia na pokład samolotu, Części C: Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego, Części E: Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków, rozpoczyna się w chwili opuszczenia przez Ubezpieczonego Miejsca zamieszkania z bezpośrednim zamiarem rozpoczęcia Podróży, a dobiega końca w chwili powrotu Ubezpieczonego do Miejsca zamieszkania po zakończeniu podróży, najpóźniej jednak o godzinie 24: 00 w 60-tym dniu podróży;
   2) dla Części D: Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji, rozpoczyna się od momentu przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Rzeczypospolitej Polskiej, bądź granicy jego Kraju stałego zamieszkania przy wyjeździe, a kończy się w chwili przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Rzeczypospolitej Polskiej, bądź granicy jego Kraju stałego zamieszkania przy powrocie, najpóźniej jednak o godzinie 24: 00 w 60-tym dniu podróży;
   3) dla Części F: Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy o kartę MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD, a kończy się z upływem jej okresu ważności, w stosunku do danej karty;
   4) Części G: Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny rozpoczyna się w chwili dokonania zakupu danego przedmiotu przy użyciu karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD i kończy się po upływie 15 dni licząc od dnia zakupu;
   5) dla Części H: Ubezpieczenie utraty zakupów rozpoczyna się w chwili dokonania zakupu danego przedmiotu przy użyciu karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD i kończy się po upływie 60 dni licząc od dnia zakupu.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na Okres ubezpieczenia, w ramach którego świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa zgodnie z postanowieniami ust. 2 niniejszego artykułu. Ochrona ubezpieczeniowa ulega jednak automatycznemu wydłużeniu o czas niezbędny do powrotu do Miejsca zamieszkania, w przypadku braku możliwości powrotu Ubezpieczonego z Podróży w pierwotnie planowanym terminie, z przyczyn objętych niniejszymi SWU. W sytuacjach przedłużania się Podróży z powodu przyczyn o których mowa powyżej Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie skontaktować się z Centrum Pomocy Assistance w celu poinformowania Ubezpieczyciela o tym fakcie. Niezbędnym warunkiem do uzyskania świadczeń, do których prawo Ubezpieczony nabył w przedłużonym okresie ochrony, jest udokumentowanie zaistnienia w/w zdarzeń.
4. Osobą, której przysługuje prawo do świadczeń na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest Uposażony. Chcąc skorzystać z powyższego uprawnienia Uposażony zobowiązany jest złożyć skrócony akt zgonu Ubezpieczonego, komplet dokumentów przewidzianych w niniejszych SWU dla danego Zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadkach, gdy Uposażony nie został wyznaczony, bądź jedyny wyznaczony Uposażony nie żył w dniu śmierci Ubezpieczonego, prawo odbioru świadczenia przysługuje Osobom bliskim będącym spadkobiercami Ubezpieczonego, które przedstawią postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku, wg poniższej kolejności:
   1) małżonkowi;
   2) dzieciom w częściach równych (w przypadku braku małżonka);
   3) rodzicom w częściach równych (w przypadku braku małżonka i dzieci);

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

5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa:
   1) z momentem wyczerpania Sumy ubezpieczenia lub limitów dla poszczególnych świadczeń wchodzących w zakres umowy ubezpieczenia – w odniesieniu do tych ryzyk;
   2) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upłynięciem Okresu ubezpieczenia niezależnie od podstawy prawnej lub przyczyny rozwiązania;
   3) z dniem śmierci Ubezpieczonego w stosunku do tego Ubezpieczonego;
   4) nie później niż o północy 60-tego dnia podróży (z wyłączeniem postanowień ust. 2 niniejszego artykułu);
   5) z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 7. Ustalanie zasadności roszczeń i wysokości świadczeń

1. W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony samodzielnie, bądź za pośrednictwem osoby występującej w jego imieniu zobowiązany jest do niezwłocznego kontaktu telefonicznego z Centrum Pomocy Assistance pod całodobowym numerem 801 115 115 (dla połączeń z Polski) i +48 22 598 40 41 (dla połączeń z zagranicy i z telefonów komórkowych), w celu zawiadomienia Ubezpieczyciela o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego poprzez przedstawienie zgodnych z prawdą wyjaśnień dotyczących powstania i następstw takiego zdarzenia oraz wszelkich innych umów ubezpieczenia w zakresie tych samych ryzyk.
2. Ciężar udowodnienia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego i zasadności roszczeń spoczywa na osobie ubiegającej się o świadczenie.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone umyślnie lub na skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.
4. Ustalenie zasadności roszczeń i wysokości przysługujących świadczeń odbywa się w oparciu o pełną dokumentację określoną w niniejszych SWU, którą przedkłada Ubezpieczony samodzielnie, bądź za pośrednictwem osoby występującej w jego imieniu. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji składanych dokumentów.
5. Na żądanie Ubezpieczyciela, w przypadkach uzasadnionych, jeżeli wskazane w niniejszych SWU dokumenty okażą się niewystarczające do ustalenia zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczony samodzielnie, bądź za pośrednictwem osoby występującej w jego imieniu zobowiązany jest do przedstawienia innych, zwyczajowo stosowanych w danej sytuacji faktycznej dokumentów, niezbędnych do określenia zasadności roszczeń i wysokości świadczeń.
6. Na żądanie Ubezpieczyciela, w przypadkach uzasadnionych, związanych z ustaleniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego zobowiązana jest udostępnić Ubezpieczycielowi informacje na temat stanu zdrowia Ubezpieczonego i wyrazić zgodę na zbadanie stanu zdrowia lub przyczyn śmierci Ubezpieczonego.
7. W sytuacjach, gdy Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego uchyla się od obowiązku dostarczenia dokumentacji, bądź wyrażenia stosownej zgody na zbadanie stanu zdrowia/przyczyny śmierci Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami ust. 4, 5 i 6 niniejszego artykułu, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, w takim zakresie w jakim niewypełnienie tego obowiązku przyczyniło się do uniemożliwienia ustalenia okoliczności mających wpływ na zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
8. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie do wysokości Sumy ubezpieczenia, albo limitów właściwych dla poszczególnych świadczeń, zgodnie z zakresem ubezpieczenia.
9. Ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić należne świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zgłoszenia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
10. Jeśli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 9 niniejszego artykułu okazałoby się niemożliwe, wówczas świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, z zastrzeżeniem, że bezsporną w świetle przedłożonych dokumentów część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie określonym w ust. 9 niniejszego artykułu.
11. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w terminach określonych w powyższych ustępach zobowiązany jest do pisemnego zawiadomienia Ubezpieczonego lub osoby występującej w jego imieniu o przyczynach odmowy zaspokojenia roszczeń.
12. Świadczenie jest zawsze wypłacane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w walucie obowiązującej w Rzeczypospolitej Polskiej, według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu wystąpienia szkody, za wyjątkiem bezpośrednich płatności na rzecz zagranicznych placówek służby zdrowia, zagranicznych poszkodowanych lub innych zagranicznych podmiotów, jeżeli SWU nie zawierają odmiennych postanowień.

Artykuł 8. Generalne wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w sytuacjach, w których Ubezpieczony:
   1) nie przestrzega wskazówek Centrum Pomocy Assistance i nie współdziała z nim lub nie przedstawi dokumentów, do których złożenia zobowiązany jest na mocy niniejszych SWU, w zakresie w jakim było to uzasadnione dla ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub rodzaju i zakresu należnych świadczeń;

2) działa wbrew zaleceniom Lekarza prowadzącego, ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się rozmiaru szkody;
3) nie zwolnił z obowiązku zachowania tajemnicy Lekarza prowadzącego lub innej instytucji, w przypadku gdy jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela a Centrum Pomocy Assistance poinformuje o tym wymaganiu składającego wniosek o świadczenie.

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia będące normalnym następstwem:
1) umyślnego działania Ubezpieczonego lub osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
2) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
3) Nieszczęśliwych wypadków lub zaburzeń stanu zdrowia, schorzeń, zachorowań, których objawy występowały przed początkiem Okresu ubezpieczenia, również w przypadku, kiedy mimo ich wystąpienia nie zasięgnięto porady lekarskiej.

3. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków, gdy zdarzenie pozostaje w adekwatnym związku z:
1) Chorobą przewlekłą;
2) zachowaniem chuligańskim Ubezpieczonego lub w związku z działalnością przestępczą;
3) udziałem w bójkach lub popełnieniem, bądź usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
4) udziałem Ubezpieczonego w konflikcie wojennym, w misjach pokojowych, akcjach bojowych lub wojennych;
5) udziałem w buntach, demonstracjach, powstaniach, publicznych aktach przemocy, strajkach lub na skutek ingerencji lub decyzji organów administracji publicznej;
6) udziałem Ubezpieczonego w Akcie terrorystycznym lub w przygotowaniach do niego;
7) naruszeniem przepisów prawa, zarządzeń lub środków mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa, zastosowanych przez dany kraj lub kiedy Ubezpieczony złamał przepisy bezpieczeństwa lub nie używał w chwili zaistnienia zdarzenia odpowiednich środków ochronnych takich jak: kask przy jeździe konnej lub rowerowej, na nartach i na snowboardzie, kask i kamizelka ratunkowa przy sportach wodnych lub nie posiadał odpowiednich ważnych uprawnień do wykonywania danej aktywności, na przykład prawa jazdy, uprawnień do nurkowania rekreacyjnego, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się rozmiaru szkody;
8) niewykonaniem szczepień ochronnych lub zabiegów profilaktycznych rekomendowanych przed Podróżą zagraniczną na terytorium danego kraju;
9) chorobami przenoszonymi drogą płciową, AIDS, HIV;
10) Chorobami psychicznymi;
11) następstwami znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody;
12) uprawianiem aktywności sportowej nieobjętej podstawową ochroną ubezpieczeniową (tabela sportów objętych ubezpieczeniem znajduje się w artykule 3 ust. 4 niniejszych SWU);
13) uprawianiem aktywności sportowej w miejscach do tego nie przeznaczonych;
14) braniem udziału w polowaniach na zwierzęta;
15) braniem udziału w zawodach lub rajdach, jako kierowca, pilot lub pasażer pojazdów silnikowych, również podczas jazd próbnych i testowych;
16) postępowaniem, w związku z którym Ubezpieczony nie przestrzegał przepisów prawa obowiązujących na terenie danego państwa;
17) wykonywaniem Pracy fizycznej;
18) wykonywaniem zadań kaskaderskich;
19) wykonywaniem pełnionej funkcji: żołnierza, policjanta, członka innej służby mundurowej lub innej jednostki lub służby bezpieczeństwa;
20) wypadkami lotniczymi, z wyłączeniem przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.

4. Ponadto ubezpieczenie nie obejmuje przypadków, gdy zdarzenie:
1) miało miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju stałego zamieszkania, o ile w niniejszych SWU nie wprowadzono postanowień odmiennych dla danego rodzaju ubezpieczenia;
2) miało miejsce na terenie państwa, w którym Ubezpieczony przebywa nielegalnie;
3) spowodowane zostało przez energię jądrową lub zagrożenia o charakterze jądrowym lub w związku z nimi;
4) było znane w chwili przystąpienia do umowy ubezpieczenia;
5) nastąpiło w wyniku samobójstwa, próby samobójczej lub na skutek umyślnego samookaleczenia ciała Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności;
6) nastąpiło w trakcie podróży rozpoczętej przez Ubezpieczonego po opublikowaniu przez Światową Organizację Zdrowia lub Ministerstwo Spraw Zagranicznych Rzeczypospolitej Polskiej, iż nie zaleca się podróżowania do danego państwa lub regionu;
7) zostało spowodowane przez epidemię, bądź skażenie chemiczne lub biologiczne;
8) nastąpiło w trakcie posługiwania się pirotechniką lub bronią palną.

5. Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów:
   1) poniesionych przez Ubezpieczonego lub inne osoby dotyczących nawiązania kontaktu z Ubezpieczycielem lub Centrum Pomocy Assistance;
   2) rozmów telefonicznych, połączeń z internetem i połączeń faksowych włącznie z kosztami roamingu przy oddzwanianiu za granicę.

Artykuł 9. Roszczenia regresowe

1. Z dniem wypłaty świadczenia (odszkodowania), na Ubezpieczyciela przechodzą roszczenia wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości świadczenia (odszkodowania) wypłaconego przez Ubezpieczyciela. W przypadku gdy Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń przed roszczeniami Ubezpieczyciela w stosunku do pozostałej części, z wyłączeniem Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w rozumieniu niniejszych SWU.
2. Na Ubezpieczyciela nie przechodzą roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędnych informacji i dokumentów oraz umożliwić prowadzenie czynności niezbędnych do dochodzenia roszczeń regresowych.

Artykuł 10. Postanowienia końcowe

1. Wszystkie oświadczenia, zawiadomienia i wnioski związane z treścią umowy ubezpieczenia składane do Ubezpieczyciela, z wyłączeniem tych, które na podstawie niniejszych SWU przekazywane są do Centrum Pomocy Assistance, powinny zostać złożone w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Dokumentacja związana z ustaleniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela kierowana do Centrum Pomocy Assistance może być doręczana za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail Ubezpieczyciela ewentualnie faksem na numer faksu Ubezpieczyciela. Na żądanie Centrum Pomocy Assistance, w uzasadnionych przypadkach, Ubezpieczony samodzielnie, bądź za pośrednictwem osoby występującej w jego imieniu zobowiązany jest do dostarczenia dokumentów uprzednio przekazanych za pomocą poczty elektronicznej, bądź faksu, przez przesłanie ich listem poleconym za pokwitowaniem odbioru.
2. We wszelkich kontaktach i prowadzonej z Ubezpieczycielem korespondencji obowiązuje język polski. Dla dokumentacji medycznej dopuszcza się języki obce, jednak Ubezpieczyciel może wymagać przedłożenia dokumentacji przetłumaczonej przysięgle z języka obcego na język polski.
3. W przypadkach, kiedy niniejsze SWU odsyłają do powszechnie obowiązujących przepisów prawa, oznacza to przepisy prawa, które są ważne i obowiązują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub w państwie, w którym wystąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
4. Dla umowy ubezpieczenia, do której mają zastosowanie niniejsze SWU właściwym jest prawo polskie.
5. Pomoc Ubezpieczonemu w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym udzielana jest zgodnie z przepisami państwa, w którym jest ona świadczona lub w ramach przepisów międzynarodowych.

Artykuł 11. Postępowanie reklamacyjne

1. Reklamacje składa się Ubezpieczycielowi drogą:
   1) telefoniczną pod numerem: 801 115 115 (dla połączeń z Polski) i +48 22 598 40 41 (dla połączeń z zagranicy i z telefonów komórkowych);
   2) e-mailową na adres: quality@ipa.com.pl
   3) pocztową na adres: Inter Partner Assistance, ul Prosta 68, 00-838 Warszawa.
2. Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
   1) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
   2) pełen adres korespondencyjny,
   3) lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
   4) numer karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD,
   5) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności Reklamacji,
   6) oczekiwane działania,
   7) w przypadku gdy Klient oczekuje przesłania odpowiedzi drogą elektroniczną – żądanie Klienta w tym zakresie.
3. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, Ubezpieczyciel poinformuje o tym Klienta, w celu dostarczenia przez Klienta wszelkich danych i informacji, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel w zakresie w i w celu niezbędnym do rozpatrzenia Reklamacji.
4. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;

3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.

6. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy wskazany w ust. 2 pkt 2) chyba, że Klient wnosił o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w ust. 2 pkt 3).
7. W zakresie nieuregulowanym w niniejszych SWU zastosowanie mają postanowienia Ustawy.
8. Klient może złożyć wniosek do Rzecznika Finansowego o rozpatrzenie jego sprawy.
9. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
10. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia i niniejszych SWU wytacza się albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
11. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z umową ubezpieczenia.
12. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem https://rf.gov.pl/.

POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE

Część A) Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu

Artykuł 12. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia opóźnienia odjazdu środka transportu

1. Przedmiotem Ubezpieczenia opóźnienia odjazdu środka transportu są wydatki poniesione przez Ubezpieczonego na posiłki i przekąski, oraz dodatkowe zakwaterowanie (tylko pokój), w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w przypadku ubezpieczenia opóźnienia odjazdu środka transportu jest co najmniej 4-godzinne opóźnienie danego środka transportu, w stosunku do planowanej godziny odjazdu/odlotu, wywołane przez:
   1) strajk lub pracowniczą akcję protestacyjną;
   2) niekorzystne warunki atmosferyczne uniemożliwiające planowy odjazd/odlot;
   3) mechaniczną awarię lub wadę techniczną środka transportu.
3. Zdarzenie ubezpieczeniowe jest rozpatrywane tylko w odniesieniu do środków transportu, w których Ubezpieczony ma zarezerwowane miejsce w ramach Podróży.
4. Z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do maksymalnej wysokości Sumy ubezpieczenia podanej w Tabeli świadczeń i limitów.
5. Świadczenia z tytułu: Części A) oraz Części B) wykluczają się wzajemnie. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wyczerpującego przesłanki wszystkich w/w części, wówczas Ubezpieczony ma prawo do skorzystania ze świadczeń wyłącznie na podstawie jednej, wybranej części.

Artykuł 13. Obowiązki Ubezpieczonego

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

Artykuł 14. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie kosztów z tytułu opóźnienia odjazdu środka transportu nie zapewnia ochrony w odniesieniu do:
   1) sytuacji, kiedy Ubezpieczony nie odbył prawidłowo i w terminie odprawy (check-in);
   2) czystych strat finansowych Ubezpieczonego poniesionych wskutek opóźnienia, a tym samym nie zrealizowanym w terminie wyjazdem;

3) opóźnienia spowodowanego strajkami lub akcjami protestacyjnymi, bądź innym ograniczeniem transportowym ogłoszonym przed dniem rozpoczęcia Podróży, o których Ubezpieczony wiedział lub mógł się dowiedzieć przed udaniem się w Podróż z uwagi na podanie ich do publicznej wiadomości;
4) opóźnień powstałych wskutek decyzji urzędu lotnictwa cywilnego lub innych podobnych organów;
5) opóźnień spowodowanych przez Klęski żywiołowe;
6) wydatków na napoje alkoholowe lub wyroby tytoniowe;
7) opóźnień lub anulacji lotów charterowych;
8) opóźnienia trwającego krócej niż 4 godziny;
9) opóźnienia lotu, który nie został uprzednio potwierdzony przez Ubezpieczonego.

Część B) Ubezpieczenie kosztów z tytułu odmowy wejścia na pokład samolotu

Artykuł 15. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia kosztów z tytułu odmowy wejścia na pokład samolotu

1. Przedmiotem Ubezpieczenia kosztów z tytułu odmowy wejścia na pokład samolotu są wydatki poniesione przez Ubezpieczonego na posiłki i przekąski w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest odmowa wejścia na pokład samolotu, jeżeli Ubezpieczony został odprawiony lub dokonał próby odprawy w celu odbycia potwierdzonego lotu zgodnego z rozkładem i rezerwacją, i nie został wpuszczony na pokład z powodu nadmiernej liczby rezerwacji, na skutek czego oczekuje na transport zastępczy co najmniej 4 godziny, licząc od pierwotnie planowanej godziny odlotu.
3. Z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do maksymalnej wysokości Sumy ubezpieczenia podanej w Tabeli świadczeń i limitów.
4. Świadczenia z tytułu: Części A) oraz Części B) wykluczają się wzajemnie. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wyczerpującego przesłanki wszystkich w/w części, wówczas Ubezpieczony ma prawo do skorzystania ze świadczeń wyłącznie na podstawie jednej, wybranej części.

Artykuł 16. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia kosztów z tytułu odmowy wejścia na pokład samolotu

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenia kosztów z tytułu odmowy wejścia na pokład samolotu nie zapewnia ochrony wobec:
   1) sytuacji, kiedy Ubezpieczony nie odbył prawidłowo i w terminie odprawy (check-in);
   2) czystych strat finansowych Ubezpieczonego poniesionych wskutek opóźnienia, a tym samym nie zrealizowanym w terminie wyjazdem;
   3) wydatków na napoje alkoholowe lub wyroby tytoniowe;
   4) oczekiwania na transport zastępczy trwającego krócej niż 4 godzin;
   5) kosztów poniesionych przed upływem 4 godzin oczekiwania na transport zastępczy oraz po faktycznym rozpoczęciu Podróży transportem zastępczym;
   6) kosztów i opłat, które zostaną pokryte przez linie lotnicze.

Artykuł 17. Obowiązki Ubezpieczonego

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

Część C) Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego

Artykuł 18. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego

1. Przedmiotem Ubezpieczenia opóźnienia bagażu podróżnego są wydatki, poniesione przez Ubezpieczonego na niezbędne przybory toaletowe i odzież w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.

2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w przypadku Ubezpieczenia opóźnienia bagażu podróżnego jest opóźnienie dostarczenia ubezpieczonego bagażu przez przewoźnika o co najmniej 4 godzin licząc od chwili wylądowania Ubezpieczonego na lotnisku docelowym, które znajduje się poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza Krajem stałego zamieszkania.
3. Ubezpieczenie opóźnienia bagażu podróżnego obejmuje wyłącznie zdarzenia zaistniałe podczas podróży za granicę, a nie obejmuje zdarzeń przy powrocie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju stałego zamieszkania.
4. Z tytułu Ubezpieczenia opóźnienia bagażu podróżnego Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego faktycznie poniesionych kosztów, w maksymalnej wysokości Sumy ubezpieczenia podanej w Tabeli świadczeń i limitów.

Artykuł 19. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie opóźnienia dostarczenia bagażu podróżnego nie zapewnia ochrony wobec:
   1) sytuacji, gdy bagaż został powierzony liniom lotniczym bez pokwitowania;
   2) sytuacji, kiedy odprawa bagażu na lotnisku nie została prawidłowo przeprowadzona;
   3) czystych strat finansowych Ubezpieczonego poniesionych wskutek opóźnienia bagażu;
   4) opóźnienia bagażu przy powrocie z zagranicznej podróży bez względu na miejsce lądowania;
   5) opóźnienia spowodowanego strajkami lub innym ograniczeniem transportowym przebiegającym lub ogłoszonym w czasie odprawy lub planowanego odlotu;
   6) opóźnienia na skutek konfiskaty przez służby celne lub inne władze państwowe;
   7) opóźnień spowodowanych przez Klęski żywiołowe;
   8) opóźnienia trwającego krócej niż 4 godzin;
   9) bagażu nadanego jako ładunek na podstawie konosamentu;
   10) kosztów poniesionych przed upływem 4 godzin opóźnienia oraz po faktycznym dostarczeniu bagażu do Ubezpieczonego.

Artykuł 20. Obowiązki Ubezpieczonego

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

Część D) Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji

Artykuł 21. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji

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

Artykuł 22. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji.

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji nie obejmuje:
   1) zdarzeń nie będących następstwem Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku;

2) zdarzeń związanych z udaniem się przez Ubezpieczonego w Podróż zagraniczną, pomimo istnienia przeciwwskazań lekarskich co do jej odbycia;
3) zdarzeń związanych z poddaniem się przez Ubezpieczonego leczeniu szpitalnemu lub zabiegom, do których wskazania istniały przed rozpoczęciem Podróży zagranicznej, bądź związanych z wyjazdem w celu uzyskania porady lekarskiej w istniejącym już zaburzeniu stanu zdrowia Ubezpieczonego;
4) świadczeń przekraczających zakres niezbędnej pomocy medycznej, tj. pomocy która zabezpieczy życie i zdrowie Ubezpieczonego, na tyle, aby mógł wrócić do Miejsca zamieszkania lub placówki medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej bądź Kraju stałego zamieszkanie i w razie potrzeby kontynuować leczenie w własnym zakresie;
5) zdarzeń związanych z alkoholizmem lub chorobami wynikającymi z alkoholizmu;
6) pobytu i leczenia w ośrodkach opieki społecznej, ośrodkach dla psychicznie chorych, hospicjach onkologicznych, ośrodkach leczenia uzależnień od narkotyków, alkoholu, ośrodkach sanatoryjnych, rehabilitacyjnych i wypoczynkowych;
7) pomocy medycznej udzielanej wyłącznie ze wskazań estetycznych, operacji plastycznych, zabiegów kosmetycznych, a także wszelkiej pomocy niezbędnej w skutek poddania się w/w zabiegom;
8) sytuacji, w których opieka medyczna jest wskazana i odpowiednia, jednak nie musi być udzielona natychmiastowo i można jej udzielić po powrocie na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju stałego pobytu;
9) pomocy medycznej związanej z badaniami kontrolnymi lub szczepieniami profilaktycznymi;
10) zdarzeń powstałych w skutek Chorób przewlekłych, zaostrzeń lub powikłań Chorób przewlekłych, a także zaostrzeń lub powikłań po Hospitalizacji poprzedzającej przystąpienie do umowy ubezpieczenia w okresie 12 miesięcy, bądź po zabiegu przeprowadzonym w ramach Chirurgii jednego dnia w okresie 30 dni przed przystąpieniem umowy ubezpieczenia;
11) skutków Klęsk żywiołowych;
12) badań (łącznie z laboratoryjnymi i ultrasonograficznymi) w celu stwierdzenia ciąży, przerwania ciąży, jakichkolwiek powikłań ciąży zagrożonej, jakichkolwiek powikłań po 26 tygodniu ciąży oraz porodu;
13) leczenia bezpłodności lub sztucznego zapłodnienia, oraz kuracji hormonalnych z nimi związanych.

Artykuł 23. Obowiązki Ubezpieczonego i osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.

1. Obowiązki Ubezpieczonego wynikające z postanowień niniejszego artykułu dotyczą także osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest, w miarę możliwości zapobiec zwiększeniu szkody i ograniczyć jej konsekwencje.
3. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) niezwłocznie skontaktować się z Centrum Pomocy Assistance. Obowiązek ten nie dotyczy sytuacji, w których Ubezpieczony obiektywnie nie miał możliwości skontaktowania się z Centrum Pomocy Assistance z uwagi na jego stan zdrowia;
   2) podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności: numer pesel/ datę urodzenia, imię i nazwisko Ubezpieczonego, numer karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD;
   3) dokładnie wyjaśnić okoliczności wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w szczególności datę i miejsce jego wystąpienia;
   4) podać numer telefonu kontaktowego, pod którym Centrum Pomocy Assistance może skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą występującą w jego imieniu;
   5) upoważnić Centrum Pomocy Assistance w formie pisemnej pod rygorem nieważności, do zasięgania informacji i opinii Lekarzy prowadzących leczenie oraz innych osób lub urzędów w sprawach związanych ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym w przedmiocie dotyczącym postępowania o ustalenie świadczenia, w zakresie wymaganym przez przepisy prawa.
4. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu ponieśli wydatki w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym zobowiązani są zgłosić wniosek o refundację kosztów pisemnie najpóźniej w ciągu 7 dni od daty zakończenia Podróży Zagranicznej. Ubezpieczyciel refunduje koszty poniesione przez Ubezpieczonego z zastrzeżeniem zasad określonych w niniejszym artykule.
5. Zgłoszenie roszczenia o zwrot poniesionych kosztów w ramach uzasadnionego świadczenia leżącego w zakresie ubezpieczenia, powinno zawierać co najmniej:
   1) dane Ubezpieczonego oraz karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD;
   2) opis okoliczności zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) raport medyczny – orzeczenie lekarskie opisujące rodzaj i charakter obrażeń lub objawów, zawierające dokładną diagnozę oraz zaordynowane leczenie;
   4) raport policji lub protokół sporządzony przez inną instytucję, w przypadku zdarzeń, których dotyczyła interwencja danych organów;
   5) oryginały rachunków i oryginały dowodów ich zapłaty, dokumenty dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia, świadectwa szpitalne, które umożliwią Ubezpieczycielowi określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.

Część E) Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków

Artykuł 24. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków

1. Przedmiotem Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczonym w przypadku Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków jest Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, do którego doszło podczas Podróży w trakcie transportu do miejsca docelowego Podróży lub w trakcie transportu w drodze powrotnej do Miejsca zamieszkania.
3. Ubezpieczyciel zapewnia wypłatę świadczeń odszkodowawczych związanych ze Zdarzeniem ubezpieczonym w postaci:
   1) świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, pod warunkiem iż nastąpi ona w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku, w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia dla Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków właściwej dla danego Ubezpieczonego, wskazanej w Tabeli świadczeń i limitów;
   2) świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu, w wysokości określonej stosownym procentem wyliczonym od Sumy ubezpieczenia dla Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków wskazanej w Tabeli świadczeń i limitów, w oparciu o Tabelę Trwałego uszczerbku na zdrowiu, o której mowa w art. 25 ust. 14.
4. Ubezpieczyciel gwarantuje koszty transportu zwłok Ubezpieczonego do miejsca pochówku na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub do Kraju stałego zamieszkania, jeżeli Ubezpieczony zmarł podczas Podróży zagranicznej na skutek Nieszczęśliwego wypadku. W ramach świadczenia Ubezpieczyciel pokrywa koszty transportu zwłok oraz zakupu trumny przewozowej, jednak maksymalnie do limitu wskazanego w Tabeli świadczeń i limitów. Ubezpieczyciel refunduje koszty na podstawie dokumentów wskazanych w art. 28 ust. 3 pkt 2) i 3).

Artykuł 25. Sposób ustalania świadczeń w Ubezpieczeniu następstw Nieszczęśliwych wypadków

1. Dla ustalenia zasadności świadczenia z tytułu Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków konieczne jest ustalenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem, a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub śmiercią Ubezpieczonego. Nie uznaje się związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem, a śmiercią Ubezpieczonego po upływie 12 miesięcy między danym wypadkiem, a zgonem.
2. Za Trwały uszczerbek na zdrowiu w rozumieniu niniejszych SWU uważa się tylko i wyłącznie te rodzaje uszczerbków, które zostały wymienione w Tabeli Trwałego uszczerbku na zdrowiu, o których mowa w ust. 14 niniejszego artykułu. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu pod uwagę nie bierze się charakteru wykonywanej przez Ubezpieczonego pracy.
3. Po zakończeniu leczenia powypadkowego, rekonwalescencji i procedur rehabilitacyjnych ustalany jest stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jednak najpóźniej w ciągu 24 miesiące od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Stwierdzenia zaistnienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje uprawniony Lekarz orzecznik, lub Lekarz wskazany przez Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo weryfikacji orzeczenia stwierdzającego wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie zgodności z powszechnie przyjętymi procedurami orzekania.
6. Orzeczony stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu wyrażony jest procentowo i stanowi podstawę do wyliczenia wysokości świadczenia. Świadczenie wypłacane jest w wysokości odpowiadającej procentowi Sumy ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony faktycznie doznał uszczerbku, maksymalnie jednak do pełnej Sumy ubezpieczenia.
7. W przypadku, gdy Ubezpieczony doznał więcej niż jednego Trwałego uszczerbku na zdrowiu, stopień łączny doznanych uszczerbków jest równy sumie wszystkich procentów ustalonych na poszczególne rodzaje doznanych uszczerbków, jednak maksymalnie do łącznej wartości 100%.
8. W przypadkach, gdy Ubezpieczony nie podjął dalszego zalecanego leczenia powypadkowego lub procedur rehabilitacyjnych zalecanych przez Lekarza, wówczas stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się na poziomie, który zgodnie z powszechną wiedzą medyczną zostałby osiągnięty po przeprowadzeniu w/w procedur leczniczych i rehabilitacyjnych.
9. W przypadkach, w których Trwały uszczerbek na zdrowiu polega na utracie lub uszkodzeniu organu, narządu bądź układu, którego funkcjonowanie były upośledzone już przed Nieszczęśliwym wypadkiem, wówczas stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę między procentem uszczerbku po Nieszczęśliwym wypadku, a procentem uszczerbku (upośledzenia) przed jego zajściem.
10. W przypadkach, gdy Ubezpieczony zmarł przed upływem 12 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku i wykazano związek przyczynowo-skutkowy między śmiercią, a tym wypadkiem, wówczas Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości pełnej Sumy ubezpieczenia.
11. Jeśli sytuacja opisana w ustępie poprzedzającym wystąpiła w przypadku, gdzie Ubezpieczyciel wypłacił jeszcze przed śmiercią Ubezpieczonego świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, wówczas świadczenie z tytułu śmierci pomniejszane jest o uprzednio wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
12. Jeśli sytuacja opisana w ust. 10 niniejszego artykułu wystąpiła w przypadku, gdzie orzeczono wobec Ubezpieczonego stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale nie wypłacono jeszcze należnego świadczenia, wówczas Ubezpieczyciel wypłaca tylko jednorazowe świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
13. W przypadkach, w których Ubezpieczony zmarł na skutek sytuacji nie związanej z Nieszczęśliwym wypadkiem leżącym w zakresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie został wcześniej orzeczony, wówczas Lekarz wskazany przez Ubezpieczyciela na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej określa stopień uszczerbku poniesionego w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem.

14. Tabela Trwałego uszczerbku na zdrowiu:

Rodzaj uszczerbku	%Trwałego uszczerbku na zdrowiu
Utrata:	
Obu rąk	100%
Obu nóg	
Wzroku w obu oczach	
Jednej ręki i jednej nogi	
Jednej ręki i wzroku w obu oczach	
Jednej ręki	50%
Jednej nogi	
Wzroku w jednym oku	

Artykuł 26. Suma ubezpieczenia Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków

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

Artykuł 27. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie następstw Nieszczęśliwych wypadków nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych, które powstały w wyniku:
   1) zdarzeń mających miejsce w sytuacjach innych niż podczas Podróży zagranicznej w trakcie transportu do miejsca docelowego Podróży lub w trakcie transportu w drodze powrotnej do Miejsca zamieszkania;
   2) zaostrzeń lub powikłań Chorób przewlekłych, a także zaostrzeń lub powikłań po Hospitalizacji poprzedzającej przystąpienie do umowy ubezpieczenia w okresie 12 miesięcy, bądź po zabiegu przeprowadzonym w ramach Chirurgii jednego dnia w okresie 30 dni przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia;
   3) leczenia lub zabiegów medycznych nie związanych z Nieszczęśliwym wypadkiem oraz zdarzeń nie będących następstwem Nieszczęśliwego wypadku;
   4) Klęsk żywiołowych;
   5) zdarzeń związanych z ciążą lub jej przerwaniem;
   6) leczenia metodami nieuznanymi przez powszechną wiedzę medyczną, leczenia metodami niekonwencjonalnymi;
   7) poddania się zabiegom ze wskazań estetycznych, operacji plastycznych, zabiegów kosmetycznych;
   8) zatrucia się substancjami stałymi lub płynami, które wniknęły do organizmu przez skórę, układ oddechowy lub układ pokarmowy;
   9) chorób, które ujawniły się po wystąpieniu Nieszczęśliwego wypadku;
   10) chorób zawodowych;
   11) złamań związanych z wrodzoną łamliwością kości, zaburzeniami metabolicznymi lub patologicznymi skręceniami oraz w wyniku złamań zmęczeniowych i zwichnięć na skutek wad i zaburzeń wrodzonych;
   12) sytuacji, w których Nieszczęśliwy wypadek był spowodowany przez zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS);
   13) udarów sercowo-naczyniowych i następstw Nieszczęśliwego wypadku, do którego doszło w wyniku udaru sercowo-naczyniowego;
   14) następstw chorób i zaburzeń neurologicznych i psychicznych oraz związanych z nimi dolegliwości lub utraty przytomności;
   15) zaburzeń ruchu lub urazów kręgosłupa, łącznie z wypadnięciem krążka międzykręgowego, jeżeli nie powstaną wskutek działania mechanicznego z zewnątrz, a są jednocześnie przypadkiem pogorszenia objawów choroby, która istniała już przed wystąpieniem Nieszczęśliwego wypadku;
   16) pogorszenia następstw Nieszczęśliwego wypadku z powodu umyślnego lub świadomego niezgłoszenia się przez Ubezpieczonego do Lekarza w celu uzyskania opieki medycznej lub świadomego nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
   17) powstania lub pogorszenia stanu zdrowia w związku z którymkolwiek rodzajem przepukliny brzusznej lub pachwinowej;
   18) wszelkiego rodzaju i pochodzenia guzów zgorzeli cukrzycowych, powstania lub pogorszenia jałowego zapalenia pochewek ścięgna, przyczepów mięśniowych, błony maziowej, kaletek i nad kłykcia bocznego kości ramiennej.

Artykuł 28. Obowiązki Ubezpieczonego i osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.

1. Obowiązki Ubezpieczonego wynikające z postanowień niniejszego artykułu dotyczą także osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.

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

Część F) Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych

Artykuł 29. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia utraty kluczy i Dokumentów osobistych

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

Artykuł 30. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia kluczy i Dokumentów osobistych

Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie utraty kluczy i Dokumentów osobistych nie zapewnia ochrony w odniesieniu do:

1. Kradzieży z pojazdu dostawczego, pojazdu typu kabriolet lub z miękkim dachem;
   1) utraty przedmiotów na skutek zdarzeń inny niż Kradzież z włamaniem lub Rabunek;
   2) sytuacji, gdzie do Kradzieży doszło z powodu nieuwagi Ubezpieczonego poprzez pozostawienie przedmiotów bez nadzoru w miejscu publicznym;
   3) Kradzieży podczas transportu bagażu powierzonego profesjonalnemu przewoźnikowi;
   4) sytuacji, gdzie do Kradzieży doszło na terenie Miejsca zamieszkania, hotelu, w wynajmowanej kwaterze lub obiekcie sportowym, chyba że policja stwierdza Kradzież z włamaniem.

Artykuł 31. Obowiązki Ubezpieczonego

1. Obowiązki Ubezpieczonego wynikające z postanowień niniejszego artykułu dotyczą także osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.
2. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązany jest:
   1) złożyć stosowne zawiadomienie o Kradzieży z włamaniem/Rabunku do właściwych organów władzy (policja) niezwłocznie w terminie 48 godzin od chwili uzyskania wiedzy Zdarzeniu ubezpieczeniowy o oraz uzyskać i zachować protokół takiego zawiadomienia, wskazujący co najmniej oznaczenie utraconych przedmiotów, z informacjami na temat ich rodzaju i ilości oraz co najmniej orientacyjnej wartości;
   2) zabezpieczyć dostępne dokumenty i dowody potwierdzające okoliczności zdarzenia (w tym również przedmioty zniszczone) w celu przedstawienia ich Ubezpieczycielowi, bądź policji;
   3) skontaktować się z Bankiem Millennium S.A. w celu zastrzeżenia utraconej karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD;
   4) niezwłocznie – najpóźniej w ciągu 7 dni od zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego – skontaktować się z Centrum Pomocy Assistance i złożyć zawiadomienie o Zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz doręczyć Ubezpieczycielowi pisemne zgłoszenie szkody zawierające:
      a) dane Ubezpieczonego i karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD;
      b) opis okoliczności zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
      c) listę przedmiotów, które utracone, poświadczoną przez właściwe organy władzy (policję) w toku zgłoszenia złożonego zgodnie z ust. 2, pkt 1 niniejszego artykułu,

d) dokumenty potwierdzające szkodę, którymi są między innymi wszelkie potwierdzenia, zawiadomienia lub kopie zgłoszeń Kradzieży złożone właściwym organom władzy i podmiotom zainteresowany na terenie których doszło do Kradzieży (hotel, w wynajmowana kwatera lub obiekt sportowy);
e) dokument poświadczający złożenie zawiadomienia w Banku Millennium S.A. o utracie karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD;
f) rachunki i potwierdzenia ich opłaty za wyrobienie nowych Dokumentów osobistych oraz wymianę kluczy i zamków;
g) kopia nowo wydanych Dokumentów osobistych.

Część G) Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny

Artykuł 32. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia gwarancji najlepszej ceny

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest przedmiot opatrzony nazwą lub marką sprzedawcy lub producenta o minimalnej cenie zakupu 50 euro, zakupiony przez Ubezpieczonego wyłącznie do użytku prywatnego (w tym prezenty), którego kosztem obciążono w całości kartę MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD podczas pojedynczej transakcji w sklepie, i który nie jest wyszczególniony jako przedmiot nieobjęty ochroną. W przypadku, gdy zakup został opłacony tylko częściowo za pomocą karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD, kwota do wypłaty zostanie zmniejszona proporcjonalnie do kwoty zapłaconej za pomocą karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD.
2. Ubezpieczyciel wypłaci różnicę pomiędzy pierwotną ceną zapłaconą za przedmiot objęty ochroną, a obniżoną ceną sprzedaży tożsamego przedmiotu oznaczonego co do gatunku (ta sama data produkcji, marka, model, jak również identyczne akcesoria), który można znaleźć w sklepie, w przypadku gdy informacja o obniżonej cenie zostanie odkryta przez Ubezpieczonego w ciągu 15 dni od zakupu, a różnica będzie wynosić co najmniej 50 euro
3. Suma ubezpieczenie wskazana jest w Tabeli świadczeń i limitów.

Artykuł 33. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia gwarancji najlepszej ceny:

1. Poza wyłączeniami generalnymi wskazanymi w art. 8 Ubezpieczenie gwarancji najlepszej ceny nie zapewnia ochrony w odniesieniu do:
   1) Przedmiotów o wartości mniejszej niż 50€;
   2) Przedmioty zakupione po obniżonej cenie poza Krajem stałego zamieszkania;
   3) Przedmioty sprzedawane w ramach jednej sieci sklepów;
   4) Przedmioty używane przed zakupem, przerobione, pochodzące z rynku wtórnego lub zakupione przez Ubezpieczonego nielegalnie;
   5) Usługi lub wszelkie przedmioty niematerialne;
   6) Gotówka, czeki podróżne, bilety, dokumenty, waluta, instrumenty zbywalne, różnego typu akcje, kruszec w sztabach, srebro i złoto; Dzieła sztuki, antyki, futra, numizmaty, znaczki i przedmioty kolekcjonerskie;
   7) Biżuteria oraz metale i kamienie szlachetne;
   8) Przedmioty kupione przez Internet, na specjalne zamówienie lub ze sprzedaży wysyłkowej;
   9) Zwierzęta, żywe rośliny lub inne organizmy żywe;
   10) Towary konsumpcyjne lub łatwo psujące się, paliwo;
   11) napędy bram garażowych i alarmy;
   12) Komputery, laptopy, tablety, e-czytniki, telefony komórkowe;
   13) pojazdy silnikowe, rowery, jednostki pływające, przyczepy turystyczne, ciągniki, poduszkowce, samoloty oraz akcesoria i części do nich, jak również artykuły eksploatacyjne konieczne do ich użytku i konserwacji;
   14) Przedmioty przeznaczone do celów biznesowych, profesjonalnych lub handlowych;
   15) Odzież;
   16) Wakacje lub wycieczki;
   17) Grunty, nieruchomości, budynki lub mieszkania;
   18) Przedmioty z licytacji, w tym licytacji internetowych oraz kanałów telewizyjnych;
   19) Przedmioty dostępne wyłącznie na stronie internetowej i niedostępne w tej samej cenie w sklepie stacjonarnym ;
   20) Przedmioty zakupione w związku z zakończeniem działalności, wyprzedażą posezonową lub sprzedaż wyłącznie za gotówkę;
   21) Przedmioty wykonane na zamówienie lub przerobione zgodnie z indywidualnymi potrzebami klienta;
   22) Sprzęt lub wyroby medyczne, związane z opieką zdrowotną, optyczne, stomatologiczne lub produkty farmaceutyczne;
   23) Opłaty związane z podatkami, dostawą, wysyłką, przeładunkiem lub inne opłaty administracyjne;
   24) Koszty leczenia;
   25) Niewłaściwie wycenione przedmioty, błędy lub pominięcia;
   26) Przedmioty ze stref wolnocłowych, stref niskich podatków lub nieopodatkowane;
   27) Zakupy dokonane przez pracowników, dyrektorów zarządzających lub właścicieli sklepu lub punktu sprzedaży, w którym zakupiono przedmiot objęty ochroną oraz ich małżonków lub sklepu lub punktu sprzedaży, w którym wykryto różnicę w cenie.
2. Pozostałe wyłączenia:
   1) Za przedmiot należy zapłacić w całości przy użyciu objętej ubezpieczeniem karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD;

2) Przedmiot należy zakupić w sklepie, który fizycznie istnieje w Kraju stałego zamieszkania;
3) Objęte ochroną są wyłącznie przedmioty przeznaczone do użytku prywatnego;
4) Gwarancja najlepszej ceny obejmuje wyłącznie roszczenia nieobjęte innymi odpowiednimi gwarancjami niskiej ceny, polisami ubezpieczeniowymi lub odszkodowawczymi, z zastrzeżeniem określonych limitów odpowiedzialności.

Artykuł 34. Obowiązki Ubezpieczonego i sposób ustalania świadczeń

1. Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązany jest niezwłocznie – najpóźniej w ciągu 7 dni od powzięcia informacji o róznicy cenowej dotycznącej przedmiotu objętogo ochroną – skontaktować się z Centrum Pomocy Assistance i złożyć zawiadomienie o wystąpieniu różnicy pomiędzy pierwotną ceną zapłaconą za przedmiot objęty ochroną a ceną sprzedaży identycznego przedmiotu oraz doręczyć Ubezpieczycielowi zgłoszenie szkody zawierające:
   1) oryginalne pokwitowanie zakupu przedmiotu objętego ochroną wydane przez sklep;
   2) oryginalne pokwitowanie płatności dokonanej kartą MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD za dany przedmiot objęty ochroną;
   3) dowód na to, że przedmiot tożsamy co do gatunku z przedmiotem objętym ochroną jest dostępny na rynku w cenie niższej niż pierwotna cena zakupu. W/w dowód powinien obejmować potwierdzenie ze strony sklepu dystrybuującego dany przedmiot, iż jest on dostępny po niższej cenie ze wskazaniem konkretnej kwoty (cała reklama lub notatka ze sklepu, z podaniem dokładnej ceny, opisu produktu oraz możliwych do zweryfikowania dat wystawienia oraz ważności danej oferty).

Część H) Ubezpieczenie utraty zakupów

Artykuł 35. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia utraty zakupów

1. Przedmiotem ubezpieczenia są rzeczy zakupione przez Ubezpieczonego jako nowe, wyłącznie do użytku prywatnego (w tym prezenty), których kosztem obciążono w całości rachunek karty MILLENNIUM WORLD DEBIT MASTERCARD za wyjątkiem rzeczy zdefiniowanych w wyłączeniach niniejszych SWU.
2. W/w przedmioty są objęte ochrona ubezpieczeniową przez 60 dni kalendarzowych liczonych od daty ich zakupu.
3. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest utrata lub uszkodzenie w/w przedmiotów, w wyniku Zdarzenia losowego.
4. Ubezpieczyciel zapewnia świadczenie ubezpieczeniowe w postaci:
   1) pokrycia kosztów wymiany uszkodzonego lub utraconego przedmiotu na nowy;
   2) zwrotu kosztów Naprawy uszkodzonego przedmiotu;
   3) zwrotu kosztów utraconego przedmiotu.

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

Artykuł 36. Szczególne wyłączenia odpowiedzialności w ramach Ubezpieczenia utraty zakupów

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

Artykuł 37. Obowiązki Ubezpieczonego i sposób ustalania świadczeń

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

BROSZURA INFORMACYJNA
PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych

1. Administrator danych osobowych
2. Inspektor ochrony danych
3. Cel przetwarzania danych osobowych
4. Kategorie przetwarzanych danych osobowych
5. Odbiorcy lub kategorie odbiorców danych osobowych
6. Przekazywanie danych osobowych państwom trzecim
7. Okres przechowywania danych osobowych
8. Prawa osoby, której dane dotyczą
9. Informacja, czy podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, czy umownym
10. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

1. Administrator danych osobowych

Administratorem danych osobowych jest spółka, która określa cele i sposoby przetwarzania Państwa danych osobowych. Zazwyczaj jest to spółka, której podali Państwo swoje dane osobowe. W tej sytuacji Państwa administratorem danych jest Inter Partner SA Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie (00-838), ul. Prosta 68 (dalej „AXA Assistance"). Axa Assistance jest częścią międzynarodowej Grupy AXA. Adres strony internetowej www.axa-assistance.pl.

Oferujemy szeroką gamę ubezpieczeń typu assistance: assistance samochodu, assistance domowe, ubezpieczenie zdrowotne, w tym drugą opinię medyczną, ubezpieczenie pojazdu ciężarowego. Jesteśmy liderem na rynku ubezpieczeń turystycznych. Oferujemy również takie produkty jak: ubezpieczenie utraty wartości rynkowej (GAP), ubezpieczenie stałych płatności oraz przedłużenie gwarancji.

W ramach powyższej działalności AXA Assistance pełni funkcję administratora, tj. określa, w jaki sposób Państwa dane są wykorzystywane, w trybie przedstawionym poniżej.

2. Inspektor ochrony danych

Ponadto AXA Assistance korzysta z usług inspektora ochrony danych, który nadzoruje poprawne przetwarzanie danych osobowych. Wszelkie niezbędne wzory ewentualnych próśb i wniosków dotyczących ochrony danych osobowych znajdują się na stronie internetowej www.axa-assistance.pl/iodo

Mogą się Państwo z nami skontaktować w sposób odpowiadający Państwa preferencjom i możliwościom:

- drogą mailową iodo@axa-assistance.pl,
- przez formularz kontaktowy na stronie www.axa-assistance.pl,
- telefonicznie pod numerem 22 529 84 00,
- listownie, pisząc na adres siedziby spółki.

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

3. Cel przetwarzania danych osobowych

Na tym etapie zawierania umowy Państwa dane mogą być przetwarzane do następujących celów:

- zawarcie i realizacja umowy ubezpieczenia oraz przeprowadzenie oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawę prawną do przetwarzania danych stanowią cele w postaci zawarcia i realizacji umowy;
- zautomatyzowana ocena ryzyka ubezpieczeniowego w ramach profilowania przed zawarciem umowy – podstawą prawną do przetwarzania danych jest spełnienie przez administratora zobowiązania prawnego;
- przechowywanie danych osobowych – podstawą prawną przetwarzania jest spełnienie obowiązku prawnego i uzasadnionych interesów administratora danych; uzasadnionym interesem administratora jest przechowywanie dokumentów w okresie przedawnienia, aby móc udowodnić pewne fakty, np. w przypadku ewentualnego postępowania sądowego;
- wykonywanie zobowiązań administratora związanych z obowiązkami sprawozdawczymi – w tym przypadku podstawą prawną przetwarzania są zobowiązania prawne wynikające z odmiennego prawa obowiązującego, którym jesteśmy związani;
- cele statystyczne – podstawa prawna takiego przetwarzania spełnia obowiązek prawny i uzasadnione interesy administratora danych; uzasadnionym interesem administratora jest ocena efektywności kanałów dystrybucji i optymalizacja strategii sprzedaży.

Jeżeli bedziemy przetwarza dane osobowe w celach innych niż wymienione powyżej, otrzymają Państwo informacje dotyczące celu i wszelkich istotnych dalszych informacji.

Chcielibyśmy zapewnić, że przetwarzanie danych osobowych jest zawsze minimalne w odniesieniu do zakresu określonej usługi lub celu przetwarzania

4. Kategorie przetwarzanych danych osobowych

Poniżej znajduje się opatrzony przykładami opis konkretnych rodzajów danych osobowych. Gromadzimy i przechowujemy tylko takie dane osobowe, które są niezbędne w związku z danym celem:

- Podstawowe dane identyfikacyjne – Państwa dane osobowe takie jak imię i nazwisko, data urodzenia i numer identyfikacyjny. W przypadku przedsiębiorców gromadzimy takie informacje jak firma spółki, jej numer identyfikacyjny i adres jej siedziby.
- Dane kontaktowe – adres pocztowy, numer telefonu i/lub adres e-mail są niezbędne, abyśmy mogli dostarczyć Państwu przedmiotowe informacje.
- Informacje dotyczące polisy – przechowujemy informacje na temat wybranego produktu i jego specyfikacji, szacunkowego wieku, miejsca docelowego i okresu trwania umowy.
- Inne dane osobowe, które podadzą nam Państwo w przyszłości lub które otrzymamy od innych podmiotów.

5. Odbiorcy lub kategorie odbiorców danych osobowych

Ochrona i prawidłowe przetwarzanie Państwa danych jest prawnym obowiązkiem administratora Państwa danych osobowych wykorzystywanych do celów marketingowych. Te same wymogi stosują się w przypadku innych współadministratorów Państwa danych osobowych. Administrator lub współadministratorzy mogą w celu przetwarzania danych korzystać z usług podmiotów przetwarzających. Podmiot przetwarzający dane osobowe jest osobą fizyczną lub prawną, organem administracji publicznej, agencją lub innym organem przetwarzającym dane osobowe w imieniu administratora. W takich przypadkach ochrona Państwa danych osobowych jest zapewniona – zarówno na podstawie umowy jak i na mocy przepisów regulacyjnych – w równym stopniu, co w przypadku przetwarzania danych przez administratora.

Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane:

- towarzystwom reasekuracji,
- podmiotom, które dokonują przetwarzania na nasze żądanie, m. in. dostawcom usług informatycznych, podmiotom, które przetwarzają dane w celu pobierania należności lub agentom ubezpieczeniowym,
- dostawcom usług w celu zaspokojenia roszczeń i świadczenia usług, w tym celem świadczenia pomocy w sytuacjach kryzysowych lub usług w dziedzinie odtwarzania miejsca pracy, dostępnych na podstawie Państwa polisy ubezpieczeniowej.

Te podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy zawartej z AXA i zawsze zgodnie z naszymi wytycznymi.
W tym przypadku Państwa dane trafiają do następujących, uszeregowanych wg kategorii, podmiotów:

- dostawcy usług informatycznych – IBM Polska Sp. z o.o.
- dostawcy usług likwidacji szkód – Inter Partner Asisstance Polska S.A., AXA Assistance CZ sro

6. Przekazywanie danych osobowych państwom trzecim

Państwa dane mogą zostać przekazane państwu trzeciemu w przypadku, gdy jest to niezbędne do realizacji konkretnego świadczenia na mocy zawartej przez Państwa umowy ubezpieczenia (zwłaszcza w przypadku ubezpieczeń turystycznych).

Przy przekazywaniu danych poza Europejski Obszar Gospodarczy i Szwajcarię dbamy o zastosowanie odpowiednich środków do ochrony Państwa danych.

W przypadku przekazywania Państwa danych poza teren Polski i Europejskiego Obszaru Gospodarczego zapewniamy taki poziom ochrony, który w najbliższym stopniu odpowiada wymogom polskiej ustawy o ochronie danych osobowych.

W takich wyżej opisanych sytuacjach przekazania danych dokonuje się w oparciu o:

- wiążące reguły korporacyjne,
- standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską,
- standardowe klauzule ochrony danych zatwierdzone przez organ nadzorczy,
- zatwierdzony kodeks etyki,
- zatwierdzony mechanizm certyfikacji.

7. Okres przechowywania danych osobowych

Państwa dane osobowe są przechowywane do upływu okresu na składanie roszczeń na podstawie umowy ubezpieczenia lub do wygaśnięcia wynikającego z obowiązującego prawa zobowiązania do przechowywania danych, szczególnie zobowiązania do przechowywania dokumentów księgowych, dokumentów dotyczących umów ubezpieczeniowych i międzynarodowych przepisów.
Przy wykorzystywaniu danych osobowych stosujemy zasadę minimalizacji, tj. po upływie okresu, przez który byliśmy zobowiązani do przechowywania Państwa danych osobowych anonimizujemy je w naszych bazach danych i systemach informatycznych. W Grupie AXA przestrzegamy rygorystycznych wewnętrznych zasad ochrony prywatności, co daje Państwu pewność, że nie przechowujemy danych osobowych dłużej niż jesteśmy do tego upoważnieni ani dłużej niż jest to wymagane.

8. Prawa osoby, której dane dotyczą

Mogą Państwo zażądać od nas udostępnienia Państwa danych osobowych, wprowadzenia do nich poprawek, usunięcia ich lub ograniczenia zakresu, w jakim są przetwarzane i przekazywane.

Mogą Państwo w dowolnej chwili wycofać udzieloną zgodę na przetwarzanie danych w zakresie nią objętym, przy czym taka decyzja nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania danych dokonanego na podstawie udzielonej zgody przed jej wycofaniem.

Niezależnie od wyżej wymienionych praw mogą Państwo sprzeciwić się przetwarzaniu danych, jeśli:

- przetwarzanie jest konieczne do realizacji zadania publicznego lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi danych,
- przetwarzanie danych jest niezbędne do celów wynikających z uzasadnionego interesu administratora danych lub osoby trzeciej.

Są Państwo uprawnieni do złożenia skargi do organu nadzorczego – Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.
Wszelkie niezbędne wzory ewentualnych próśb i wniosków dotyczących ochrony danych osobowych znajdują się na stronie internetowejwww.axa-assistance.pl/iodo.

9. Informacja, czy podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym

Samo zawarcie umowy nie zobowiązuje Państwa do przekazania danych osobowych, ale dane te są niezbędne do zawarcia i realizacji umowy ubezpieczenia oraz do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego – odmowa przekazania danych osobowych uniemożliwia zatem zawarcie umowy ubezpieczenia.

10. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Informacje podane przez Państwa we wniosku o zawarcie lub odnowienie umowy ubezpieczenia zostaną poddane zautomatyzowanemu przetwarzaniu w systemach AXA Assistance w celu przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Jej wynik zadecyduje o tym, czy otrzymają Państwo propozycję zawarcia umowy ubezpieczenia, odpowiedź odmowną czy propozycję zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach odmiennych od pierwotnie zaproponowanych.

UBEZPIECZENIE ASSISTANCE PODRÓŻNEGO

– Warunki dla Posiadaczy Kart World Debit

Numer polisy: MASTERCARD 000 – 1000 – 02

Ogólne warunki ochrony ubezpieczeniowej.

Niniejszy dokument określa prawa i obowiązki stron wynikające z polisy ubezpieczenia assistance.

Proszę zapoznać się uważnie z treścią i przechowywać polisę w łatwo dostępnym miejscu.

Dyspozycje ogólne (Wyciąg z Ogólnych Warunków)

Osoba ubezpieczona powinna zapoznać się z Ogólnymi Warunkami polisy.

Aby spełnić wymagania określone w warunkach oraz aby otrzymać świadczenia przewidziane aktualną polisą grupową, osoba ubezpieczona musi skontaktować się z Firmą Assistance najszybciej jak to możliwe po wystąpieniu zdarzenia powodującego roszczenie lub potencjalne roszczenie. W każdym przypadku, Osoba Ubezpieczona musi skontaktować się z Firmą Assistance w razie konieczności poniesienia wydatków przekraczających kwotę 250 EUR lub najszybciej jak to możliwe, aby otrzymać wstępną autoryzację firmy świadczącej usługi assistance.

W razie nagłego wypadku, proszę zadzwonić pod numer +48 22 575 97 63 podając nazwisko Posiadacza Karty, numer Karty World Debit oraz jak najwięcej informacji. Proszę podać Firmie Assistance numer telefonu, faksu lub teleksu, pod którym może się kontaktować.

Wszystkie usługi w nagłych wypadkach są realizowane przez 24 godziny na dobę, 365 dni w roku.

1. DEFINICJE

W niniejszej Polisie, wyrażenia podane poniżej będą miały znaczenie przypisane im w tym dokumencie (dla celów niniejszej Polisy, użycie w opisie rzeczownika w rodzaju męskim zawsze obejmuje także rodzaj żeński):

ZAGRANICA/ZA GRANICĄ oznacza:	Poza Krajem;
BLISKI KREWNY oznacza:	Męża, Żonę, partnera/partnerkę, matkę, ojca, teściową, teścia, córkę, syna (w tym dzieci adoptowane), dziadka, babcię, wnuczka, wnuczkę, brata, siostrę, szwagra, szwagierkę lub narzeczonego (narzeczoną) Ubezpieczonego;
OSOBA UBEZPIECZONA oznacza:	Posiadacza Karty (opisanego wyżej) oraz jego współmałżonka lub partnera, jego dzieci poniżej 25 roku życia pozostające na jego utrzymaniu, zamieszkałych w Kraju;
KRAJ oznacza:	Kraj, w którym wystawiona została Karta MasterCard World Debit;
DOM oznacza:	Główne miejsce zamieszkania Ubezpieczonego w Kraju;
ZESPÓŁ MEDYCZNY oznacza:	Grupę medyczną przydzieloną do zdarzenia medycznego, wyznaczoną przez Dyrektora ds. Medycznych Firmy Assistance;
LECZENIE oznacza:	Procedurę chirurgiczną lub medyczną, której wyłącznym celem jest leczenie ostrego stanu chorobowego lub obrażeń.

2. WARUNKI OGÓLNE

2.1. WAŻNOŚĆ KARTY
Świadczenia określone niniejszą Polisą nie zostaną zrealizowane, jeżeli ważność karty zostanie słusznie zakwestionowana przez jej Wystawcę.

2.2. KORZYSTANIE Z KARTY
Warunkiem otrzymania świadczeń na podstawie niniejszej Polisy jest dokonanie płatności związanej z wyjazdem zagranicznym przy użyciu Karty World Debit.

2.3. ZACHOWANIE UBEZPIECZONEGO
Osoba Ubezpieczona powinna podjąć wszelkie konieczne działania dla uniknięcia konieczności wnoszenia roszczeń lub by maksymalnie je ograniczyć.

2.4. OBOWIĄZEK POINFORMOWANIA FIRMY USŁUG ASSISTANCE
Warunkiem otrzymania świadczeń na podstawitbciej jak jest to możliwe, aby otrzymać wstępną autoryzację ze strony Firmy Assistance.

2.5. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA
Każda Osoba Ubezpieczona jest objęta ochroną, nawet jeżeli podróżuje samodzielnie. Osoba Ubezpieczona podlega ubezpieczeniu na całym świecie, podczas nieograniczonej liczby podróży prywatnych lub służbowych Za Granicą, każdej trwającej nie dłużej niż 60 kolejnych dni, rozpoczynających i kończących się w Kraju.

2.6. OGRANICZENIA
Korzystanie z duplikatu Karty, lub z wielu Kart, nie zobowiązuje Posiadacza Karty jej Wystawcy lub Firmy Usług Assistance do

kwoty przekraczającej najwyższy limit związany z dowolną Kartą Posiadacza Karty w związku z wydatkami poniesionymi przez dowolną Osobę Ubezpieczoną w związku z jakimkolwiek indywidualnym zdarzeniem objętym ubezpieczeniem na podstawie warunków ubezpieczenia obowiązujących dla Kart.

2.7. OKRES OCHRONY

Ochrona na podstawie niniejszej Polisy rozpoczyna się od dnia określonego w piśmie, którym Wystawca akceptuje wniosek o wystawienie Karty do chwili wygaśnięcia ważności Karty, z dowolnego powodu.

2.8. ZOBOWIĄZANIE FIRMY ASSISTANCE

Firma Assistance dołoży wszelkich starań, aby zrealizować pełen zakres usług we wszystkich okolicznościach przewidzianych w niniejszym dokumencie. Bardzo odległe lokalizacje lub nieprzewidziane, niesprzyjające okoliczności mogą uniemożliwić zapewnienie standardowego poziomu usług assistance, lecz we wszystkich sytuacjach, w których wystąpią takie utrudnienia, zrealizowane zostaną pełne świadczenia finansowe, z zastrzeżeniem warunków niniejszej Polisy.

2.9. SUBROGACJA

Firma Assistance jest uprawniona do przejęcia praw Osoby Ubezpieczonej podczas obrony w toku postępowania ugodowego w związku z roszczeniem lub aby podjąć kroki przeciwko innej osobie, na własną rzecz. W takich kwestiach Firma Assistance będzie miała swobodę postępowania według własnego uznania. Firma Assistance może w dowolnym czasie wypłacić Osobie Ubezpieczonej pełną kwotę zobowiązania, zgodnie z niniejszą Polisą, po czym Firma Assistance nie będzie ponosić żadnej dalszej odpowiedzialności w związku z takim działaniem lub w jego wyniku.

2.10. ZWROT NIEWYKORZYSTANYCH BILETÓW

W przypadku repatriacji Osoby Ubezpieczonej, wszelkie ewentualne niewykorzystane bilety zakupione w celu podróży zostaną przekazane do dyspozycji Firmy Assistance na jej wniosek.

2.11. WYŁĄCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Każde oszustwo, fałszerstwo lub przedstawienie fałszywych dowodów przez Osobę Ubezpieczoną automatycznie zakończy wszelkie zobowiązania Firmy Assistance dotyczące świadczenia usług tej Osobie Ubezpieczonej w związku z danym wydarzeniem.

2.12. ZWROT – OPŁATY

We wszystkich sytuacjach, w których Firma Assistance wypłaca zaliczkowo pieniądze w imieniu Osoby Ubezpieczonej, Firma Assistance będzie uprawniona do obciążenia takimi zaliczkami rachunku Karty danego Posiadacza Karty. Firma Assistance jest uprawniona do doliczenia opłaty administracyjnej w wysokości 3%, lecz nie niższej niż 10 EUR, do każdej tak rozliczanej zaliczki. W każdych okolicznościach, Posiadacz Karty będzie zobowiązany do zwrotu kosztów, za które nie jest odpowiedzialna Firma Assistance, w ciągu jednego miesiąca od otrzymania stosownego żądania.

2.13. PRAWO UMOWY I WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

Polisa będzie podlegać oraz wszelkie kwestie z nią związane będą wyjaśniane zgodnie z prawem obowiązującym w Belgii, jako kraju siedziby Firmy Assistance. Wszelkie spory będą przekazywane pod wyłączną jurysdykcję sądów w Brukseli, Belgia.

3. ŚWIADCZENIA UDZIELANE NA PODSTAWIE POLISY

3.1. POMOC W PODRÓŻY

3.1.1. INFORMACJE PRZED PODRÓŻĄ

Na wniosek Osoby Ubezpieczonej, Firma Assistance udzieli informacji przed podróżą Osoby Ubezpieczonej, dotyczących następujących kwestii:

- Informacji dotyczących przygotowania się do podróży,
- Informacji o wizach, paszportach,
- Informacji o szczepieniach wymaganych na podróże zagraniczne,
- Informacji o przepisach celnych,
- Informacji o kursach wymiany walut oraz o stawkach podatku VAT,
- Dane kontaktowe ambasad lub konsulatów.

3.1.2. NIEPRZEWIDZIANY POWRÓT DO KRAJU

W razie poważnego uszkodzenia Domu Osoby Ubezpieczonej lub w razie złego stanu zdrowia lub śmierci Bliskiego Krewnego w Kraju, wymagających nieprzewidzianego powrotu Osoby Ubezpieczonej do kraju, Firma Assistance zorganizuje taki powrót i pokryje jego koszty, jeżeli bilet powrotny posiadany przez Osobę Ubezpieczoną nie może zostać wykorzystany w tym celu.

3.1.3. ZASTĘPSTWO ZA OSOBĘ UBEZPIECZONĄ

W przypadku zachorowania lub obrażeń, które zdaniem Zespołu Medycznego uniemożliwiają Osobie Ubezpieczonej kontynuowanie jej obowiązków, czyli pierwotnych przyczyn podróży służbowej Za Granicę, Firma Assistance zorganizuje i pokryje koszty podróży powrotnej dla współpracownika Osoby Ubezpieczonej, który przejmie zadania pierwotnie wyznaczone dla Osoby Ubezpieczonej.

3.1.4. PRZEKAZYWANIE PILNYCH WIADOMOŚCI

Na wniosek Osoby Ubezpieczonej, Firma Assistance przekaże każdej osobie wyznaczonej przez Osobę Ubezpieczoną wszelkie pilne i ważne wiadomości dotyczące nieprzewidzianych zdarzeń występujących podczas podróży Za Granicą.

3.1.5. POMOC ADMINISTRACYJNA

W przypadku utraty lub kradzieży niezbędnych dokumentów podróży, takich jak paszport, wiza wjazdowa, bilet lotniczy, Firma Assistance zapewni Osobie Ubezpieczonej niezbędne informacje oraz udzieli jej wsparcia w zakresie formalności, jakich należy dopełnić z odpowiednimi lokalnymi władzami w celu uzyskania zastępczych dokumentów.

3.1.6. WYPŁATA ZALICZKI

Firma Assistance wypłaci lub zagwarantuje wypłatę kwoty do wysokości 8000 EUR w imieniu Osoby Ubezpieczonej, w celu pokrycia najpilniejszych wydatków w sytuacji nieprzewidzianego wypadku, gdy Karta nie może zostać wykorzystana do dokonania stosownych płatności, po jej utracie lub kradzieży odpowiednio zgłoszonej odpowiednim władzom oraz Wystawcy lub osobie wyznaczonej przez Wystawcę. W razie konieczności limit określony wyżej zostanie podwyższony, bez uzyskiwania wstępnej zgody Wystawcy.

W każdej takiej sytuacji, Osoba Ubezpieczona lub każda osoba działająca w jej imieniu podpiszą weksel przed otrzymaniem jakiejkolwiek zaliczki lub gwarancji od Firmy Assistance.

Firma Assistance będzie uprawniona do żądania zwrotu wypłaconej sumy, z zastrzeżeniem postanowień artykułu 2.11, niezwłocznie po powrocie Osoby Ubezpieczonej do kraju w okresie nieprzekraczającym 3 miesięcy od daty wypłaty środków lub udzielenia gwarancji przez Firmę Assistance. W razie konieczności oraz na wniosek Osoby Ubezpieczonej, Firma Assistance nawiąże kontakt z ubezpieczycielem zdrowotnym Osoby Ubezpieczonej, jeżeli taki występuje, aby umożliwić bezpośrednie rozliczenie wydatków medycznych przez takiego ubezpieczyciela.

3.1.7. ODZYSKANIE I DOSTARCZENIE BAGAŻU

W razie utraty lub zagubienia bagażu Osoby Ubezpieczonej przez przewoźnika, Firma Assistance nawiąże kontakt z daną firmą, na przykład linią lotniczą i zorganizuje dostarczenie tego bagażu, o ile zostanie odzyskany, do miejsca pobytu Osoby Ubezpieczonej. Koszty dostarczenia bagażu, o ile wystąpią, zostaną pokryte przez Osobę Ubezpieczoną, bez uszczerbku dla możliwości dochodzenia roszczeń wobec odpowiedzialnych podmiotów oraz/lub agenta podróży.

3.1.8. DOSTARCZENIE ZASTĘPCZYCH PRZEDMIOTÓW UŻYTKU OSOBISTEGO

Po uszkodzeniu, utracie lub kradzieży przedmiotów użytku osobistego Osoby Ubezpieczonej, w tym przedmiotów zapomnianych, które są niezbędne do kontynuacji podróży, takich jak soczewki kontaktowe, okulary, za wyjątkiem dokumentów, prywatnych lub służbowych, Firma Assistance zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia stosownych zastępczych przedmiotów do miejsca pobytu Osoby Ubezpieczonej.

Usługa ta zostanie wykonana pod warunkiem, że Firma Assistance otrzyma zezwolenie oraz dostęp do takich zastępczych przedmiotów lub że takie przedmioty zastępcze zostaną dostarczone do biura Firmy Assistance, wskazanego przez Firmę Assistance Osobie Ubezpieczonej lub jej przedstawicielowi.

3.2. POMOC MEDYCZNA

3.2.1. WIZYTA LEKARSKA

Zespół Medyczny zapewni pierwszą reakcję na prośbę Osoby Ubezpieczonej o udzielenie pomocy medycznej. Zespół Medyczny zarejestruje prośbę Osoby Ubezpieczonej oraz udzieli jej porad dotyczących najpilniejszych działań, jakie Osoba Ubezpieczona powinna podjąć. Zespół Medyczny nie przeprowadzi diagnozy, lecz na wniosek Osoby Ubezpieczonej oraz na jej koszt zorganizuje właściwą diagnozę poprzez zaaranżowanie wizyty lekarskiej, której koszt opłaci Osoba Ubezpieczona podczas takiej wizyty lub poprzez umówienie Osoby Ubezpieczonej w odpowiedniej placówce medycznej, a koszt porady opłaci Osoba Ubezpieczona.

3.2.2. POKRYCIE KOSZTÓW LECZENIA POZA KRAJEM ZAMIESZKANIA

W przypadku hospitalizacji po chorobie lub urazie, lub leczenia ambulatoryjnego podczas podróży Za Granicą, Firma Assistance pokryje koszty leczenia do kwoty pokrywanej przez Ubezpieczyciela pokrywającego koszty świadczeń szpitalnych w ramach odrębnej Polisy Grupowej objętej pakietem Świadczeń Karty World Debit (z zastrzeżeniem warunków określonych przez ubezpieczyciela realizującego te świadczenia).

Jeżeli ubezpieczyciel odmówi ochrony oraz/lub jeżeli jakiekolwiek wyłączenie uniemożliwi drugiemu ubezpieczycielowi zrealizowanie jakiegokolwiek świadczenia szpitalnego, wówczas Firma Assistance wypłaci zaliczkę i dokona zapłaty bezpośrednio do świadczeniodawcy medycznego, w ramach świadczenia „Wypłata Zaliczki", opisanego w punkcie 3.1.6.

3.2.3. EWAKUACJA MEDYCZNA/REPATRIACJA

Jeżeli Osoba Ubezpieczona odniesie obrażenia lub zachoruje i w związku z tym Zespół Medyczny oraz lekarz prowadzący będą rekomendować hospitalizację, Firma Assistance zorganizuje:

a) Transfer Osoby Ubezpieczonej do jednego z najbliższych szpitali, oraz

b) Jeżeli będzie to konieczne ze wskazań medycznych:

I. Transfer Osoby Ubezpieczonej do szpitala posiadającego lepsze wyposażenie do leczenia danej choroby lub urazu, lub

II. Bezpośrednią repatriację do odpowiedniego szpitala lub innej placówki medycznej w pobliżu Domu Osoby Ubezpieczonej, jeżeli jego stan zdrowia pozwala na taką repatriację.

Zespół Medyczny Firmy Assistance oraz lekarz prowadzący ustalą, czy stan zdrowia Osoby Ubezpieczonej pozwala na repatriację jako zwykłego pasażera, czy też konieczne są inne rozwiązania, stosowne do okoliczności.

Płatność tego świadczenia jest pokrywana przez Ubezpieczyciela zapewniającego świadczenia szpitalne w ramach odrębnej Polisy Grupowej objętej pakietem Świadczeń Karty World Debit (z zastrzeżeniem warunków określonych przez ubezpieczyciela realizującego te świadczenia). Jeżeli ubezpieczyciel odmówi ochrony oraz/lub jeżeli jakiekolwiek wyłączenie uniemożliwi drugiemu ubezpieczycielowi zrealizowanie takiego świadczenia, wówczas Firma Assistance pokryje wszystkie koszty związane z takim świadczeniem w ramach świadczenia „Wypłata Zaliczki", opisanego w punkcie 3.1.6.

3.2.4. REPATRIACJA PO LECZENIU MEDYCZNYM

Po wypisaniu Osoby Ubezpieczonej z lokalnego szpitala, do którego została przyjęta, Firma Assistance zorganizuje i pokryje koszty repatriacji Osoby Ubezpieczonej do Domu jako zwykłego pasażera, jeżeli taka podróż jest możliwa według opinii lekarza prowadzącego oraz Zespołu Medycznego Firmy Assistance. Firma Assistance zorganizuje wszelkie inne rozwiązania, jakie mogą

być konieczne w związku ze stanem zdrowia oraz pokryje ich koszt, jeżeli rozwiązania takie nie są objęte oryginalnym biletem powrotnym Osoby Ubezpieczonej.

3.2.5. WIZYTA W ZWIĄZKU Z NAGŁYM WYPADKIEM LUB ZACHOROWANIEM

Jeżeli Osoba Ubezpieczona będzie hospitalizowana w wyniku urazu lub choroby oraz jeżeli będzie to zalecane ze względów medycznych przez Zespół Medyczny, Firma Assistance zorganizuje oraz pokryje koszty biletu powrotnego (w klasie ekonomicznej dla podróży rozpoczynającej się w Kraju), jak również stosownego zakwaterowania dla dowolnej osoby mieszkającej w Kraju, której obecności zażąda Osoba Ubezpieczona.

3.2.6. POKÓJ W HOTELU NA CZAS REKONWALESCENCJI

Firma Assistance zorganizuje zakwaterowanie w hotelu dla Osoby Ubezpieczonej wyłącznie do celu jej rekonwalescencji bezpośrednio po wypisie ze szpitala oraz jeżeli zostanie to uznane za koniecznie ze względów medycznych przez lekarza prowadzącego oraz Zespół Medyczny. Stawka dzienna jest ograniczona do 200 EUR. Zespół Medyczny ustali wymagany czas trwania rekonwalescencji z miejscowym lekarzem prowadzącym.

3.2.7. REPATRIACJA SZCZĄTKÓW

W razie śmierci Osoby Ubezpieczonej, Firma Assistance podejmie wszelkie działania (w tym wszelkie działania konieczne dla dopełnienia oficjalnych formalności) niezbędne do zorganizowania repatriacji zwłok lub prochów Osoby Ubezpieczonej do miejsca pochówku w Kraju. Nie obejmuje to kosztów pogrzebu i pochówku.

Płatność tego świadczenia jest pokrywana przez Ubezpieczyciela zapewniającego świadczenia szpitalne w ramach odrębnej Polisy Grupowej objętej pakietem Świadczeń Karty World Debit (z zastrzeżeniem warunków określonych przez ubezpieczyciela realizującego te świadczenia). Jeżeli ubezpieczyciel odmówi ochrony oraz/lub jeżeli jakiekolwiek wyłączenie uniemożliwi drugiemu ubezpieczycielowi zrealizowanie takiego świadczenia, wówczas Firma Assistance pokryje wszystkie koszty związane z takim świadczeniem w ramach świadczenia „Wypłata Zaliczki", opisanego w punkcie 3.1.6.

3.2.8. POWRÓT DZIECI POZOSTAWIONYCH BEZ OPIEKI

Po hospitalizacji Osoby Ubezpieczonej oraz/lub transporcie, jak określono w punktach 3.2.3 oraz 3.2.6, Firma Assistance zorganizuje i pokryje koszty powrotu do Kraju każdego dziecka w wieku do lat 15 (piętnastu), które podróżowało z Osobą Ubezpieczoną, jeżeli bilet powrotny posiadany przez wspomniane dziecko nie może zostać wykorzystany w tym celu.

3.2.9. MONITORING MEDYCZNY BLISKIEGO KREWNEGO UBEZPIECZONEGO

W przypadku choroby lub obrażeń dotyczących Bliskiego Krewnego Osoby Ubezpieczonej zamieszkałego w Kraju, Zespół Medyczny będzie monitorował stan wspomnianego Bliskiego Krewnego oraz informował o nim Osobę Ubezpieczoną.

3.2.10. DOSTARCZENIE NIEZBĘDNYCH LEKÓW

W przypadku konieczności medycznej ustalonej przez Zespół Medyczny, Firma Assistance wyśle niezbędne leki przepisane Osobie Ubezpieczonej i niedostępne na miejscu lub też ustali, zorganizuje wypisanie recepty, uzyska i wyśle równorzędne leki dostępne na miejscu. Firma Assistance pokryje koszty takiej wysyłki.

W każdym przypadku koszt takich leków zostanie pokryty przez Posiadacza Karty.

Transport leków objęty jest zasadami stosowanymi w danym czasie w liniach lotniczych lub w innej firmie transportowej, jak również przepisami prawa krajowego oraz/lub prawa międzynarodowego.

3.2.11. SZCZEGÓLNE WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE POMOCY MEDYCZNEJ

Niniejsza Polisa nie zapewnia żadnej ochrony dotyczącej:

a) Roszczeń związanych z podróżami podejmowanymi przez Osobę Ubezpieczoną wbrew zaleceniom lekarza lub w celu poddania się leczeniu medycznemu Za Granicą.
b) Roszczeń wynikających bezpośrednio lub pośrednio ze stanu chorobowego, który istniał już w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających podróż, chyba że lekarz wystawił pisemne zaświadczenie potwierdzające zdolność Osoby Ubezpieczonej do odbycia podróży, przed jej wyjazdem.
c) Roszczeń wynikających ze stanu chorobowego, w związku z którym Osoba Ubezpieczona była leczona w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub w związku z którym znajduje się na szpitalnej liście oczekujących, lub w związku z którym otrzymała rozpoznanie (śmiertelnej) choroby w fazie terminalnej, chyba że lekarz wystawił pisemne zaświadczenie potwierdzające zdolność Osoby Ubezpieczonej do odbycia podróży, przed jej wyjazdem.
d) Roszczeń wynikających bezpośrednio lub pośrednio z leczenia medycznego Za Granicą, które było z góry zaplanowane lub o którym Osoba Ubezpieczona wiedziała z wyprzedzeniem.

3.3. POMOC PRAWNA

3.3.1. KOSZTY POMOCY PRAWNEJ

W razie wypadku podczas podróży Za Granicą, Firma Assistance:

a) Zorganizuje obronę Osoby Ubezpieczonej w postępowaniu prawnym toczącym się przeciwko niej w związku z odpowiedzialnością cywilną zgodnie z przepisami obowiązującymi w kraju, oraz
b) Przeprowadzi postępowanie w celu uzyskania zwolnienia Osoby Ubezpieczonej od odpowiedzialności przez osobę trzecią po poniesionych przez nią szkodach osobowych oraz/lub szkodach w jej mieniu, jeżeli szkody takie oszacowane zostaną jako przekraczające kwotę trzystu euro (300 EUR).

We wszystkich takich przypadkach radca oraz/lub prawnik wyznaczeni przez Firmę Assistance będą reprezentować Osobę Ubezpieczoną bez jakiegokolwiek regresu wobec odpowiedzialności lub zwolnienia z odpowiedzialności przez Firmę Assistance z uwagi na wyznaczenie przez nią radcy prawnego oraz/lub prawnika.

Firma Assistance pokryje honorarium radcy prawnego oraz/lub prawnika do kwoty dziewięciu tysięcy euro (9000 EUR).

3.3.2. ZAPŁATA KAUCJI

Firma Assistance wniesie wpłatę w wysokości do czterdziestu tysięcy euro (40 000 EUR) w imieniu Osoby Ubezpieczonej, jako zabezpieczenie wymagane od niej w celu zagwarantowania:

a) zapłacenia opłat urzędowych związanych z postępowaniem, z wyłączeniem kaucji wymaganych na pokrycie kosztów odpowiedzialności cywilnej, grzywien lub odszkodowań dla osób, które winny być pokryte przez Osobę Ubezpieczoną; oraz/lub

b) zwolnienia Osoby Ubezpieczonej w przypadku, gdyby została aresztowana w wyniku wypadku drogowego.

Depozyty takie traktowane są jako pożyczka udzielona przez Firmę Assistance dla Osoby Ubezpieczonej, która zwróci Firmie Assistance, z zastrzeżeniem postanowień punktu 2.11, łączną kwotę wypłaconą zaliczkowo natychmiast po tym jak otrzyma zwrot wniesionych opłat w wyniku odstąpienia od postępowania sądowego lub uniewinnienia, lub w ciągu 15 (piętnastu) dni od decyzji sądu skazującej Osobę Ubezpieczoną, a w każdym przypadku w ciągu trzech miesięcy od daty wniesienia depozytu przez Firmę Assistance.

Firma Assistance wypłaci kwoty związane z tym świadczeniem w ramach świadczenia „Wypłata Zaliczki", opisanego w punkcie 3.1.6.

4. WYŁĄCZENIA OGÓLNE

W ramach niniejszej Polisy nie zostaną wypłacone żadne świadczenia dotyczące:

4.1. Roszczeń wynikających z okoliczności, które były znane Osobie Ubezpieczonej przed rozpoczęciem podróży.

4.2. Strat, szkód lub kosztów, które w chwili ich wystąpienia były ubezpieczone na podstawie innej polisy lub które byłyby ubezpieczone na podstawie takiej polisy gdyby niniejsza Polisa nie istniała.

4.3. Kosztów, które podlegałyby płatności, gdyby nie wystąpiło zdarzenie, które jest przedmiotem roszczenia.

4.4. Szkód pośrednich wszelkiego rodzaju, innych niż te, które są wymienione w postanowieniach niniejszej Polisy.

4.5. Wszelkich działań celowych Osoby Ubezpieczonej.

4.6. Samobójstwa lub choroby umysłowej Osoby Ubezpieczonej, celowego samookaleczenia, alkoholizmu, uzależnienia od narkotyków, korzystania z rozpuszczalników (środków chemicznych) lub znajdowania się Osoby Ubezpieczonej pod wpływem alkoholu lub narkotyków.

4.7. Strat, szkód, śmierci, obrażeń, inwalidztwa lub kosztów spowodowanych wojną, inwazją, działaniami nieprzyjaciela, działaniami wojennymi (bez względu na to czy wojna została czy nie została wypowiedziana), wojną domową, buntem, rewolucją, powstaniem, władzą wojskową, władzą uzurpatora lub uczestnictwem w wewnętrznych zamieszkach lub rozruchach wszelkiego rodzaju.

4.8. Odpowiedzialności prawnej, dowolnego rodzaju, spowodowanej bezpośrednio, pośrednio lub wynikającej z:

I) Promieniowania jonizującego lub skażenia radioaktywnego spowodowanym przez odpady nuklearne powstałe po spalaniu paliw radioaktywnych.

II) Radioaktywnych, toksycznych, wybuchowych czy stanowiących inne zagrożenie właściwości nuklearnej jednostki wybuchowej lub jej elementów składowych.