

Wyciąg z umowy ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą dla posiadaczy / użytkowników kart płatniczych

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsza umowa określa warunki ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą, zawartego przez Ubezpieczającego na rzecz swoich klientów – posiadaczy/ użytkowników kart płatniczych, zwanych dalej „Ubezpieczonymi”.

DEFINICJE

§ 2

W rozumieniu niniejszej umowy:

- choroba przewlekła** to stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem,
- ekspedycja** to zorganizowana wyprawa mająca na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,
- za **kartę płatniczą** uważa się karty wydane przez Ubezpieczającego
- leczenie ambulatoryjne** to leczenie nie związane z pobytem w szpitalu lub innej placówce medycznej, trwającym nieprzerwanie co najmniej 24 godziny,
- nagłe zachorowanie** to stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej,
- nieszczęśliwy wypadek** to nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony - niezależnie od swojej woli - doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- osoba towarzysząca** to osoba odbywająca podróż wraz z Ubezpieczonym i wskazana przez niego do towarzyszenia mu w trakcie leczenia lub transportu,
- podróż** to wyjazd ubezpieczonego poza granicę Rzeczypospolitej Polskiej,
- Towarzystwo** – Concordia Wielkopolska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Poznaniu przy ul. Św. Michała 43 ,
- Ubezpieczający** – Gospodarczy Bank Wielkopolska S.A. lub Bank Spółdzielczy zrzeszony w SGB.
- posiadacz/ użytkownik karty** uważa się osobą fizyczną, której została wydana karta płatnicza,
- praca zarobkowa** uważa się wykonywanie przez Ubezpieczonego czynności, za które otrzymuje on wynagrodzenie,
- wyczynowe uprawianie sportu** to uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, albo w celach zarobkowych, jak również uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, albo w ekspedycjach,

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Ubezpieczenie dotyczy niezbędnych i udokumentowanych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego będącego osobą krajową zamieszkałą na stałe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w związku z jego nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem powstałym w czasie podróży poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
- Rodzaje kosztów objętych ubezpieczeniem wymienione zostały w §§ 4-6.

§ 4

Ubezpieczeniem objęte są koszty leczenia, tj. koszty poniesione na:

- badania i zabiegi ambulatoryjne oraz operacyjne,
- pobyt w placówce służby zdrowia,
- naprawę protez, naprawę lub zakup okularów, gdy ich uszkodzenie było bezpośrednim następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- leczenie stomatologiczne w przypadku ostrych stanów zapalnych i bólowych lub gdy było ono niezbędne wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową,
- zakup lekarstw i środków opatrunkowych.

§ 5

Ubezpieczenie obejmuje również koszty poniesione na:

- transport Ubezpieczonego z miejsca wypadku do najbliższej placówki służby zdrowia,
- transport Ubezpieczonego do innej placówki służby zdrowia za granicą, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie,
- transport Ubezpieczonego do kraju, do placówki służby zdrowia lub miejsca zamieszkania, o ile wymaga tego jego stan zdrowia oraz gdy transport ten odbył się zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie,
- zakwaterowanie przez okres nie dłuższy niż 7 dni, wyżywienie oraz powrót do kraju osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu, jeżeli jej obecność była konieczna i została zalecona na piśmie przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.

§ 6

W przypadku, gdy Ubezpieczony zmarł w trakcie podróży poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju stałego pobytu, a śmierć nastąpiła w wyniku

nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo ponosi również koszty związane z kremacją lub pogrzebem Ubezpieczonego za granicą, albo transportem zwłok Ubezpieczonego do kraju stałego pobytu.

§ 7

- Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody powstałe wskutek winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego albo osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
- Ponadto z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody powstałe wskutek:
 - działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, strajków i lokautów, oraz aktów terroryzmu i sabotażu,
 - jazd próbnych, rajdów oraz wyścigów samochodowych,
 - podróżowania statkami powietrznymi, z wyłączeniem przelotów w charakterze pasażera, o ile lot wykonywany był zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - zatrucia alkoholem, narkotykami lub innymi środkami odurzającymi,
 - usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa albo przestępstwa,
 - wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, bądź prowadzenia pojazdu bez wymaganego uprawnienia,
 - nagłych zachorowań i nieszczęśliwych wypadków, związanych z wykonywaniem pracy za granicą, za wyjątkiem pracy podejmowanej w ramach obowiązków służbowych zleconych przez pracodawcę – nabywcę karty płatniczej wydanej przez Ubezpieczającego .
 - amatorskiego i wyczynowego uprawiania sportu.

§ 8

- Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów:
 - przekraczających zakres niezbędny do przywrócenia Ubezpieczonemu stanu zdrowia umożliwiającego powrót lub przewóz do kraju,
 - nie przekraczających równowartości w złotych 20 EURO,
- Ponadto zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów związanych z:
 - leczeniem ginekologicznym, porodem, leczeniem powikłań związanych z ciążą oraz usuwaniem ciąży bez względu na okoliczności towarzyszące przeprowadzeniu tych zabiegów,
 - chorobą przewlekłą, z powodu której Ubezpieczony był leczony w okresie ostatnich 24 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - zaburzeniami psychicznymi,
 - schorzeniami istniejącymi przed zawarciem umowy ubezpieczenia i ich powikłaniami,
 - operacją plastyczną lub zabiegiem kosmetycznym,
 - naprawą lub zakupem środków ochronnych i pomocniczych.

§ 9

Koszty poniesione na powrót do kraju osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy powrót nie mógł nastąpić przy wykorzystaniu wcześniej zaplanowanego środka transportu.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

Objęcie Ubezpieczonego ochroną wynikającą z niniejszej umowy ubezpieczenia następuje każdorazowo z datą wydania karty przez Ubezpieczającego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

W ubezpieczeniu kosztów leczenia za granicą ustala się sumę ubezpieczenia, stanowiącą limit odpowiedzialności dla wszystkich wypadków w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 12.

§ 12

- Zwrot kosztów, o których mowa w §§ 4-5 nie może przekroczyć odpowiedniej części sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2-4:
 - 10% - za koszty badań i zabiegów ambulatoryjnych, zakupu lekarstw i środków opatrunkowych, transportu ubezpieczonego z miejsca wypadku do najbliższej placówki służby zdrowia oraz transportu ubezpieczonego do innej placówki służby zdrowia za granicą,

- 2) 50% - za koszty transportu Ubezpieczonego do kraju,
 - 3) 20% - za koszty zakwaterowania, wyżywienia oraz powrót do kraju osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu,
 - 4) 100% - za pozostałe koszty objęte ubezpieczeniem.
2. Koszty naprawy protez, naprawy lub zakup okularów pokrywane są do kwoty stanowiącej równowartość w złotych kwoty 300 EURO.
 3. Koszty leczenia stomatologicznego pokrywane są do kwoty stanowiącej równowartość w złotych kwoty 100 EURO.
 4. Limity, o których mowa w ust. 2-3, ulegają każdorazowemu zmniejszeniu o kwotę wypłaconego świadczenia, aż do ich całkowitego wyczerpania, w przypadku którego umowa ubezpieczenia w części dotyczącej tych kosztów się rozwiązuje.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

§ 14

1. W razie zajścia wypadku Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) starać się o złagodzenie skutków zdarzenia przez niezwłoczne uzyskanie pomocy lekarskiej i poddanie się zaleconemu leczeniu, w miarę możliwości korzystając z publicznej służby zdrowia,
 - 2) uzyskać dokumentację lekarską stwierdzającą rozpoznanie choroby (diagnozę lekarską), uzasadniającą konieczność udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej, konieczność prowadzenia danego sposobu leczenia oraz inne dokumenty (dowody) związane z zaistniałym zdarzeniem,
 - 3) zachować oryginały rachunków oraz dowody ich opłacenia, związane z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 4) zawiadomić Towarzystwo o szkodzie (za pośrednictwem Ubezpieczającego) nie później niż w ciągu 3 dni od daty powrotu do kraju,
 - 5) zwolnić lekarzy, u których leczyl się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z leczenia,
 - 6) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - 7) podjąć aktywną współpracę z Towarzystwem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania szkody i ustalenia jej rozmiaru,
 - 8) umożliwić Towarzystwu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego uprawniony obowiązany jest dostarczyć do Towarzystwa dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, przez które rozumie się w szczególności wyciąg z aktu zgonu (do wglądu) oraz dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo uprawnionego z Ubezpieczonym (do wglądu).
3. Jeżeli Ubezpieczony nie wykonał obowiązków wymienionych w ust. 1-2 i miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia albo zabezpieczenie praw regresowych, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub umniejszyć jego wysokość o 20%.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 15

1. Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć Towarzystwu za pośrednictwem Ubezpieczającego dokumenty uzasadniające rozpatrzenie wniosku o wypłatę odszkodowania, a w szczególności:
 - 1) diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej,
 - 2) oryginały rachunków za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia,
 - 3) dokumenty potwierdzające fakt opłacenia kosztów przejazdu przy użyciu karty płatniczej.
2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczony powinien dostarczyć w ciągu 7 dni od daty powrotu do kraju.
3. Ubezpieczony ma obowiązek udostępnić inne dokumenty, które Towarzystwo uzna za niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Na Ubezpieczonym spoczywa obowiązek udowodnienia faktów, które mają znaczenie dla uzasadnienia zasadności i wysokości odszkodowania. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.

§ 16

1. Towarzystwo wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia Ubezpieczonego w wyniku własnych ustaleń dokonanych po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, zawartej z Ubezpieczonym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Towarzystwo obowiązane jest do wypłaty odszkodowania:
 - 1) w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia lub
 - 2) w terminie 14 dni od daty wyjaśnienia okoliczności zdarzenia, jeżeli w terminie, określonym w pkt 1), wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości odszkodowania,

mimo zachowania należytej staranności okazało się niemożliwe. Bezporna część odszkodowania Towarzystwo wypłaca w terminie określonym w pkt 1).

3. Jeżeli w terminach określonych w umowie lub ustawie Towarzystwo nie wypłaci odszkodowania, zawiadania pisemnie Ubezpieczonego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczeń w całości lub części.

§ 17

1. Wszelkie koszty objęte zakresem ubezpieczenia zwracane są osobie, która je poniosła.
2. Świadczenia wypłaca się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w walucie polskiej, według średniego kursu NBP, obowiązującego w dniu wypłaty.

§ 18

1. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania.
2. Sprzeciw wobec ustaleń Towarzystwa w zakresie odmowy zaspokojenia roszczenia albo wysokości odszkodowania Ubezpieczony może zgłosić na piśmie - w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia. Wniosek taki skutkuje ponownym rozpatrzeniem sprawy przez zarząd Towarzystwa.
3. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na własny koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych.

§ 19

W przypadku zbiegu świadczeń z tytułu dwóch lub więcej ubezpieczeń obejmujących to samo zdarzenie, świadczenie wypłaca się w granicach sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem świadczeń już wypłaconych lub wymagalnych z innych umów ubezpieczenia.

REGRES UBEZPIECZENIOWY

§ 20

1. Z dniem wypłaty odszkodowania Towarzystwo może dochodzić roszczeń od osoby odpowiedzialnej za powstały wypadek do wysokości wypłaconego świadczenia (roszczenie regresowe). Jeśli Towarzystwo pokryło tylko część odszkodowania, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń.
2. Nie przechodzą na Towarzystwo roszczenia Ubezpieczonego o zwrot kosztów leczenia przeciwko osobom odpowiedzialnym za nagłe zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, pracownikom Ubezpieczającego, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie, w stanie nietrzeźwym, po spożyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków, środków psychotropowych lub innych podobnie działających środków, bez posiadania uprawnień do kierowania pojazdami mechanicznymi, albo gdy szkoda wynikła w czasie użycia pojazdu mechanicznego będącego własnością ubezpieczonego bez jego zgody.
3. Na żądanie Towarzystwa Ubezpieczony obowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osoby trzeciej, dostarczając informacji oraz przedkładając dokumenty konieczne do ich dochodzenia, a także przestrzegając terminów niezbędnych do dochodzenia tych roszczeń.
4. Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Towarzystwa, rzekł się roszczenia przeciwko osobie odpowiedzialnej za nagłe zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek, lub je ograniczył, Towarzystwo może odmówić wypłaty odszkodowania lub je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłacie odszkodowania, Towarzystwu przysługuje prawo dochodzenia od Ubezpieczonego zwrotu części lub części wypłaconego odszkodowania.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

Szczegółowo zakres ubezpieczenia określa Umowa ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą dla posiadaczy / użytkowników kart płatniczych



Członek Zarządu
Marcin Kotulski



Prezes Zarządu
Piotr Narloch

W przypadku pytań związanych z realizacją wypłat odszkodowania proszę o kontakt z pracownikami Oddziału który wydał kartę lub Concordia Wielkopolska Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych: pod numerami telefonów: (0-pefix-61) 8584870, (0-pefix-61) 8584820, (0-pefix-61) 8584805, od poniedziałku do piątku (w dni robocze) w godzinach od 8.00 do 16.00