

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI UBEZPIECZENIA
POMOC MEDYCZNA NA TERENIE RP**
**Postanowienia ogólne
§ 1**

- Niniejsze Szczegółowe Warunki Ubezpieczenia „Concordia Assistance Bank” zwane dalej „SWU” mają zastosowanie do Umowy grupowego ubezpieczenia assistance zwanej dalej „Umową”, zawartej pomiędzy Concordią Polska T.U. S.A. a SGB-Bankiem S.A. na rachunek Klientów Spółdzielczej Grupy Bankowej.
- Na podstawie niniejszych SWU Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu ochronę ubezpieczeniową obejmującą ubezpieczenie „Pomoc medyczna na terenie RP”.
- Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem określa w szczególności:
 - sposób zawarcia Umowy,
 - prawa i obowiązki stron Umowy.
- Wymienione w niniejszych SWU usługi assistance są świadczone przez Ubezpieczyciela za pośrednictwem Operatora.
- Świadczenia związane z ubezpieczeniem wymienionym w ust. 2 organizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która w momencie przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 roku życia.

**Definicje
§ 2**

Przez pojęcia użyte w niniejszych SWU należy rozumieć:

- akty terroru:** nielegalne akcje z użyciem przemocy – indywidualne lub grupowe – organizowane z pobudek ideologicznych, ekonomicznych lub społecznych, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności, dezorganizacji życia publicznego bądź zdeorganizowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych,
- Operator (Centrum Assistance):** przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający pomocy przez 24 godziny na dobę przez 365 dni w roku w ramach niniejszych SWU, do którego Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
- choroba:** reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, z wyjątkiem chorób przewlekłych,
- choroba przewlekła:** zdiagnozowany przed zawarciem umowy ubezpieczenia stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroby stałe lub okresowo leczone ambulatoryjnie lub będące przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- hospitalizacja:** pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia,
- lekarz uprawniony:** lekarz zatrudniony przez Operatora - lekarz konsultant,
- nagle zachorowanie:** stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej,
- nieszczęśliwy wypadek:** nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł,
- Spółdzielcza Grupa Bankowa:** oznacza zrzeszenie, które tworzą SGB-Bank S.A. w Poznaniu i Banki Spółdzielcze, które zawarły z nim umowy zrzeszenia na podstawie przepisów ustawy z dnia 7 grudnia 2000 r. o funkcjonowaniu banków spółdzielczych, ich zrzeszaniu się i bankach zrzeszających (Dz. U. Nr 119, poz. 1252 z późn. zm.),
- Ubezpieczający:** SGB-Bank S.A. lub Bank Spółdzielczy,
- Ubezpieczony:** Klient SGB-Banku S.A. lub Banku Spółdzielczego
- Ubezpieczyciel:** Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna,
- usługi assistance:** usługi, których świadczenie jest przedmiotem ubezpieczenia polegające na zorganizowaniu i pokryciu kosztów pomocy udzielonej Ubezpieczonemu oraz zapewnieniu usług informacyjnych w zakresie i granicach określonych niniejszymi warunkami ubezpieczenia,
- wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu:** regularne lub intensywne treningi, udział w zawodach, obozach kondycyjnych i występach w ramach przynależności do klubów sportowych, a także zarobkowe uprawianie dyscypliny sportu,
- zdarzenie ubezpieczeniowe:** nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie.

**Przedmiot i zakres ubezpieczenia „Pomoc medyczna na terenie RP”
§ 3**

- Przedmiotem ubezpieczenia są świadczone przez Ubezpieczyciela usługi polegające na:
 - zorganizowaniu i pokryciu kosztów pomocy medycznej dla Ubezpieczonego w razie zajścia nieszczęśliwego wypadku zaistniałego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
 - zorganizowaniu i pokryciu kosztów pomocy medycznej dla Ubezpieczonego w razie jego nagłego zachorowania,
 - udzieleniu usług informacyjnych.
- Jeżeli Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, Operator zapewnia:
 - wizytę lekarza:** jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi lub nagłemu zachorowaniu objętemu ochroną ubezpieczeniową, Operator gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile

nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Po nagłym zachorowaniu wizyta lekarza może być zorganizowana maksymalnie dwukrotnie w ciągu roku,

- wizytę pielęgniarki:** jeżeli Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową był hospitalizowany minimum przez 5 dni, Operator gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów honorariów,
- transport medyczny do placówki medycznej:** jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi lub nagłemu zachorowaniu objętemu ochroną ubezpieczeniową, Operator gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego do placówki medycznej. O zasadności organizacji i pokrycia kosztów decyduje lekarz uprawniony Operatora,
- transport medyczny z placówki medycznej:** jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi lub nagłemu zachorowaniu objętemu ochroną ubezpieczeniową, Operator gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego z placówki medycznej. O zasadności organizacji i pokrycia kosztów decyduje lekarz uprawniony Operatora,
- transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi:** w przypadku gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu,
- dostawę leków:** Operator organizuje dostarczenie Ubezpieczonemu leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie choroby wymaga leczenia zgodnie ze wskazaniem lekarza określonym w zwolnieniu lekarskim i pokrywa koszty tego dostarczenia. O zasadności dostarczenia leków Ubezpieczonemu decyduje lekarz uprawniony Operatora,
- Infolinie medyczna:** Operator gwarantuje Ubezpieczonemu następujące usługi informacyjne:
 - informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania,
 - informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.,
 - informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych,
 - informacje o dietach, zdrowym żywieniu,
 - dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznym rozmowie z lekarzem uprawnionym Operatora, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania,
 - informowanie o domach pomocy społecznej, hospicach,
 - informowanie o przebiegu załatania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby,
 - informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów),
 - informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,
 - informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę,
 - informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne.
- Wszystkie usługi wymienione w ust. 2 niniejszego paragrafu (powyżej) świadczone są do łącznej kwoty **1000 PLN** na zdarzenie ubezpieczeniowe. Limity kosztów mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

**Wyłączenia odpowiedzialności w ramach ubezpieczenia
„Pomoc medyczna na terenie RP”
§ 4**

- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - wypadków spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa, skutków samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności,
 - następstw czynnego i nieczynnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach,
 - wypadków będących następstwem wszelkich stanów chorobowych, w tym następstw chorób psychicznych oraz świadczenia z tytułu zawału serca albo udaru mózgu,
 - wypadków będących bezpośrednio wynikiem działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzeznaczonych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
 - poddania się leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowemu, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem,
 - skutków zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - skutków wypadków bezpośrednio lub pośrednio spowodowanych energią jądrową, promieniowaniem radioaktywnym i polem magnetycznym w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - zdarzeń wynikających z uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
 - skutków wypadków powstałych podczas wyczynowego i zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportowych,

- uprawiania następujących sportów: motorowych lub motorowodnych, powiatrznych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej, narciarstwa i wszystkich jego odmian, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego,
- konsekwencji wypadków w postaci: chorób psychicznych, encefalopatii pourazowych (pourazowych uszkodzeń mózgu), nerwic,
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje również:
 - kosztów transportu leków nie przepisanych przez lekarza prowadzącego,
 - kosztów zakupu leków, środków opatrunkowych i innych medykamentów.

**Postępowanie w przypadku szkody
§ 5**

- W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, skontaktować się z Centrum Assistance, czynnym przez całą dobę, pod numerem telefonu:

61 666-1-777 wew. 4

- Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko,
 - numer PESEL (niezbędny do celów identyfikacji dzwoniącego),
 - krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym,
 - lokalizację miejsca zdarzenia,
 - inne informacje niezbędne pracownikowi Operatora do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
- W przypadku, gdy Ubezpieczony nie wypełnił obowiązków określonych w ust. 2, Operator ma prawo odmówić spełnienia świadczenia
- Operator nie podejmuje żadnych czynności, a Ubezpieczyciel jest zwolniony z pokrycia kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, jeżeli uprzednio nie zostało poinformowane o zdarzeniu, chyba że powiadomienia nie dokonano z powodu siły wyższej lub nadzwyczajnych okoliczności.

**Roszczenia regresowe
§ 6**

- Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem wypłaty świadczenia przez Ubezpieczyciela, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela, do wysokości zapłaconego świadczenia.
- Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Ubezpieczyciela, zrezygnuje lub zrezygnował z prawa dochodzenia roszczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa do zabezpieczenia roszczenia, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia do wysokości należnego roszczenia.
- Nie przechodzi na Ubezpieczyciela roszczenie przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
- Na żądanie Ubezpieczyciela, Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, udzielając informacji i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

**Postanowienia końcowe
§ 7**

- Wszelkie roszczenia wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
- Nieznanomość przez Ubezpieczonego SWU i wynikających z nich praw i obowiązków nie stanowi usprawiedliwienia dla nieprzestrzegania określonych w nich zasad.
- W kwestiach nieuregulowanych SWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa.
- Niniejsze SWU wchodzi w życie z dniem 01.06.2016 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

**Skargi oraz Reklamacje
§ 8**

- Klientowi przysługuje prawo do składania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
- Poprzez reklamację rozumie się każde wystąpienie Klienta lub jego pełnomocnika, zawierające zastrzeżenia dotyczące działalności wykonywanej przez Ubezpieczyciela lub świadczonych przez Ubezpieczyciela usług.
- Klientem zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym jest:
 - osoba fizyczna będąca ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia;
 - osoba fizyczna dochodząca roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2013r., poz. 392 i.t.), w tym również od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych;
- Zgodnie z przyjętymi u Ubezpieczyciela zasadami dotyczącymi reklamacji Klientem jest również podmiot inny niż osoba fizyczna będący ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia.
- Reklamacja może zostać złożona przez Klienta lub jego pełnomocnika:

- 1) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, w Oddziałach i u agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu Ubezpieczyciela;
 - 2) pisemnie na adres: Ubezpieczyciela: ul. Św. Michała 43, 61-119 Poznań (od 20.06.2016 r. ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 Poznań);
 - 3) telefonicznie pod numerem telefonu 61 858 48 00;
 - 4) jak również za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: skargi@concordiaubezpieczenia.pl.
6. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na złożoną reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie do 30 dni od daty jej otrzymania.
7. W uzasadnionych przypadkach termin do udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez osoby fizyczne) lub do 90 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez podmioty inne niż osoby fizyczne). Jednakże w razie zaistnienia takiej sytuacji, Klient jest uprzednio informowany o wystąpieniu okoliczności, które wymagają dodatkowych ustaleń i stanowią przyczynę udzielenia odpowiedzi w terminie późniejszym.
8. Odpowiedź na złożoną reklamację jest udzielana Klientowi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź za złożoną reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną.
9. Spory związane z usługami świadczonymi przez Ubezpieczyciela mogą być rozstrzygane:
- 1) w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym;
 - 2) przez sąd powszechny, którego właściwość ustalona będzie zgodnie z właściwymi przepisami prawa (przepisami Kodeksu Postępowania Cywilnego, ustawy regulującej wykonywanie działalności ubezpieczeniowej lub ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych).
10. Ponadto, Klient będący osobą fizyczną ma możliwość uzyskania bezpłatnej pomocy prawnej korzystając z usług:
- 1) Rzecznika Finansowego;
 - 2) Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta – w odniesieniu do tych Klientów, którzy zawarli z Ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia.
11. Właściwym dla Ubezpieczyciela organem nadzoru jest Komisja Nadzoru Finansowego z siedzibą w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1.
12. Ubezpieczyciel na żądanie składającego reklamację potwierdza fakt jej złożenia pisemnie lub w inny uzgodniony z nim sposób.

PODSUMOWANIE - ŚWIADCZENIA

RODZAJE ŚWIADCZEŃ	LIMIT
WIZYTA LEKARZA (max 2 razy w ciągu roku)	1000 PLN na zdarzenie
WIZYTA PIELĘGNIARKI	
TRANSPORT MEDYCZNY DO PLACÓWKI MEDYCZNEJ	
TRANSPORT MEDYCZNY Z PLACÓWKI MEDYCZNEJ	
TRANSPORT MEDYCZNY POMIĘDZY PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI	
DOSTAWA LEKÓW	
INFOLINIA MEDYCZNA	