

Wasze życie i zdrowie są najcenniejsze.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych
wypadków dla dziecka



FORMULARZ DO OWU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	część I część IV
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	część V



Autorem rysunków jest Bartosz Minkiewicz.

OWU stosuje się do umów ubezpieczenia zawartych z UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie.

OWU, wniosek o zawarcie umowy oraz polisa stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i określają wzajemne prawa oraz obowiązki stron, a także regulują warunki ochrony ubezpieczeniowej.

Zanim zdecydujesz się na ubezpieczenie, zapoznaj się z dokumentami, które otrzymałeś:

- OWU,
- dokumentem zawierającym informacje o produkcie,
- obowiązkami informacyjnymi wynikającymi z ustawy o prawach konsumenta (dotyczy umowy zawieranej na odległość).

SPIS TREŚCI

Co oznaczają te pojęcia?	3
I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
II. Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania	5
III. Składka	6
IV. Pomoc assistance	6
V. Nasza odpowiedzialność	7
VI. Zakończenie umowy	8
VII. Zmiana wariantu	8
VIII. Twoje i nasze obowiązki	8
IX. Wypłata świadczenia	9
X. Reklamacje	9
XI. Postanowienia końcowe	9
Dane kontaktowe	10

Co oznaczają te pojęcia?



Ty

Klient – Ubezpieczający, który przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia ma rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy w mBanku S.A., składka wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia, mieszka na stałe w Polsce i chce objąć ochroną dzieci.



My

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.



Dziecko

Ubezpieczony – dziecko własne lub przysposobione Twoje lub Twojego partnera, które ukończyło 1. rok życia i w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończyło 20 lat, pozostające na utrzymaniu Twoim lub Twojego partnera, mieszkające na stałe w Polsce.



Wniosek

Dokument, w którym deklarujesz chęć zawarcia z nami umowy ubezpieczenia.



Polisa

Dokument, który potwierdza zawarcie i warunki umowy ubezpieczenia.

I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.

2. Jaki jest zakres ubezpieczenia?

1) Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- a) pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby,

- b) złamania w następstwie nieszczęśliwego wypadku opisane poniżej,
c) urazy w następstwie nieszczęśliwego wypadku opisane poniżej,
d) oparzenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku opisane poniżej.

2) Możesz wybrać jeden z trzech wariantów ubezpieczenia. Możesz go zmienić w każdej chwili – szczególnie w części VII.

Zakres ubezpieczenia	Sumy ubezpieczenia		
	wariant podstawowy	wariant optymalny	wariant premium
Pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	9 000 zł (50 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej niż przez 180 dni)	18 000 zł (100 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej niż przez 180 dni)	27 000 zł (150 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej niż przez 180 dni)
Pobyt w szpitalu w następstwie choroby	4 500 zł (25 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej niż przez 180 dni)	9 000 zł (50 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej niż przez 180 dni)	13 500 zł (75 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej niż przez 180 dni)
Złamania w następstwie nieszczęśliwego wypadku			
Grupa I	1 800 zł	2 700 zł	3 600 zł
Grupa II	600 zł	900 zł	1 200 zł
Grupa III	200 zł	300 zł	400 zł
Urazy w następstwie nieszczęśliwego wypadku			
Grupa I	1 800 zł	2 700 zł	3 600 zł
Grupa II	600 zł	900 zł	1 200 zł
Grupa III	200 zł	300 zł	400 zł
Oparzenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku			
Grupa I	3 000 zł	6 000 zł	9 000 zł
Grupa II	1 500 zł	3 000 zł	4 500 zł
Grupa III	1 000 zł	2 000 zł	3 000 zł

Sumy ubezpieczenia odnawiają się co 12 miesięcy.

pobyt w szpitalu to spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni. Pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala; taki pobyt musi być potwierdzony dokumentacją medyczną

nieszczęśliwy wypadek to przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i spowodowało fizyczne obrażenia ciała u ubezpieczonego, przy czym nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia ubezpieczonego

choroba to stwierdzona przez lekarza dynamiczna reakcja ustroju na działanie czynnika chorobotwórczego zewnętrznego lub wewnętrznego, prowadząca do zaburzeń naturalnego współdziałania narządów i tkanek, a w konsekwencji prowadząca do zaburzeń czynnościowych i zmian organicznych narządów lub całego ustroju, po raz pierwszy zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej

szpital to działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na którego terytorium jest zlokalizowany, zakład opieki leczenia zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału leczenia uzależnień, ośrodka (w tym szpitala) sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, oddziału i ośrodka rehabilitacyjnego ani ośrodka, oddziału o pododdziału szpitalnego leczenia nerwic

złamanie to przerwanie ciągłości tkanki kostnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzone przez lekarza i potwierdzone dokumentacją medyczną

ZŁAMANIA		
grupa I	grupa II	grupa III
- kości czaszki (wyłącznie podstawy, z wyjątkiem sklepienia i twarzoczaszki) - kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej oraz ogonowej) - kości w obrębie stawu biodrowego (panewki stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nadkrętarzowe) oraz kości talerza biodrowego - kości kręgosłupa (wyłącznie kompresyjne złamania kręgu, z wyjątkiem wyrostków kolczystych i poprzecznych) - kości udowej	- kości piętowej - kości podudzia - kości rzepki - kości ramiennej lub przedramienia	pozostałe złamania kości niewymienione w grupie złamań I oraz II

urazy rozumiane są jako:

- urazy narządów ruchu** to zmiany czynnościowe w organizmie powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku (NNW), w wyniku którego nie doszło do złamania kości, ale doszło do leczenia co najmniej ambulatoryjnego, a z zalecenia lekarskiego wynika, że narząd ruchu został unieruchomiony:
 - z zastosowaniem gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortezy, tutora gipsowego lub kamizelki ortopedycznej na okres co najmniej 7 dni oraz wymagana była co najmniej jedna wizyta kontrolna – w takim przypadku wypłacimy 100% sumy ubezpieczenia
 - bez wykorzystania gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortezy, tutora gipsowego czy kamizelki ortopedycznej na okres co najmniej 7 dni oraz wymagana była co najmniej jedna wizyta kontrolna – w takim przypadku wypłacimy 50% sumy ubezpieczenia
- urazy narządów wewnętrznych** to zmiany anatomiczne narządów wewnętrznych powstałe w NNW, powodujące utrzymywanie się nieprawidłowych wyników badań obrazowych lub czynnościowych tego narządu w okresie co najmniej 6 miesięcy od nieszczęśliwego wypadku
- rany cięte i szarpane** – powstałe w NNW uszkodzenie co najmniej pełnej grubości skóry o długości:
 - powyżej 10 cm zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer – w takim przypadku wypłacimy 100% sumy ubezpieczenia
 - do 10 cm zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer – w takim przypadku wypłacimy 50% sumy ubezpieczenia;
 za rany cięte lub szarpane uważa się także rany zadane zębami zwierząt

URAZY		
grupa I	grupa II	grupa III
- uraz miednicy - uraz stawu biodrowego - uraz stawu kolanowego - uraz narządów wewnętrznych	- uraz kręgosłupa - uraz stawu barkowego - uraz obojczyka (dotyczy urazów stawu mostkowo-obojczykowego i barkowo-obojczykowego) - uraz łopatki - uraz ramienia - uraz stawu łokciowego - uraz przedramienia z wyłączeniem nadgarstka - uraz stawu nadgarstkowego i dłoni z wyłączeniem palców - uraz uda - uraz podudzia z wyłączeniem stawu skokowego - uraz stawu skokowego i stopy z wyłączeniem palców	- uraz palców dłoni (jedno świadczenie na jeden i wiele palców) - uraz palucha - rany cięte i szarpane

oparzenia to głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, obejmujące:

OPARZENIA		
grupa I	grupa II	grupa III
nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała	nie mniej niż 10% całkowitej powierzchni ciała oraz mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała	nie mniej niż 5% całkowitej powierzchni ciała oraz mniej niż 10% całkowitej powierzchni ciała

UWAGA! Zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych.

3) Dodatkowo zapewnimy pomoc assistance, której opis znajdziesz w tabeli oraz części IV.

Pomoc assistance Rodzaje świadczeń	Limity świadczeń		
	wariant podstawowy	wariant optymalny	wariant premium
Medyczna Platforma Informacyjna, w tym telefoniczna konsultacja z lekarzem lub pielęgniarką	dostępna 24/7 bez żadnych ograniczeń		
Wizyta lekarza medycyny rodzinnej (pediatra, internista) w miejscu pobytu dziecka	2 razy, ale nie więcej niż 1 raz w miesiącu	3 razy, ale nie więcej niż 2 razy w miesiącu	4 razy, ale nie więcej niż 2 razy w miesiącu
Wizyta u lekarza specjalisty (choroby wewnętrzne, chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, dermatolog, psychiatra)	2 razy, ale nie więcej niż 1 raz w miesiącu	3 razy, ale nie więcej niż 2 razy w miesiącu	4 razy, ale nie więcej niż 2 razy w miesiącu
Zwrot kosztów leków	2 razy maks. 200 zł na zdarzenie	2 razy maks. 200 zł na zdarzenie	2 razy maks. 300 zł na zdarzenie
Zwrot kosztów sprzętu rehabilitacyjnego	1 raz maks. 1 000 zł na zdarzenie	1 raz maks. 1 500 zł na zdarzenie	2 raz maks. 1 000 zł na zdarzenie
Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego (zorganizowanie + pokrycie kosztów)	2 razy	2 razy	3 razy
Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu (zorganizowanie + pokrycie kosztów)	2 razy	2 razy	3 razy
Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi zgodnie ze wskazaniami lekarza prowadzącego (zorganizowanie + pokrycie kosztów)	2 razy	2 razy	3 razy
Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	1 raz maks. 10 zabiegów na zdarzenie	1 raz maks. 15 zabiegów na zdarzenie	2 razy maks. 10 zabiegów na zdarzenie

Limity świadczeń odnawiają się co 12 miesięcy. Pomoc assistance jest udzielana na terenie Polski.

II. Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania

1. W jaki sposób możesz zawrzeć umowę ubezpieczenia?

- 1) Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta, gdy zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę.
- 2) We wniosku jako ubezpieczonego wskazujesz dziecko. Możesz ubezpieczyć wszystkie swoje dzieci lub dzieci partnera.
- 3) Jeśli podejmiemy decyzję, że nie możemy zawrzeć z Tobą umowy, zostaniesz o tym przez nas poinformowany.
- 4) Jeśli zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę, otrzymasz polisę na adres mailowy podany we wniosku.
- 5) Jeśli w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku nie opłacisz pierwszej składki, anulujemy Twój wniosek. Będziesz musiał go złożyć ponownie, chcąc zawrzeć umowę ubezpieczenia.
- 6) Możesz zawrzeć maksymalnie dwie umowy ubezpieczenia na jedno dziecko na podstawie tych OWU.

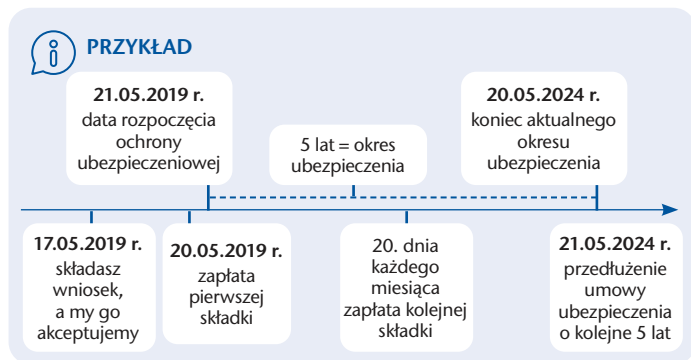
2. Jak długo dziecko będzie miało ochronę?

- 1) Umowę zawieramy na 5 lat (okres ubezpieczenia), pod warunkiem że przez cały ten okres będziesz posiadał rachunek oszczęd-

nościowo-rozliczeniowy w mBanku S.A. Okres ten liczymy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej to dzień następny po dniu, w którym zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę; datę tę wskazujemy w polisie

- 2) Twoja umowa ubezpieczenia może ulec przedłużeniu o kolejne 5-letnie okresy, pod warunkiem że dziecko nie ukończy 20 lat w dniu, w którym ma nastąpić przedłużenie umowy ubezpieczenia.
- 3) Na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia prześlemy Ci na piśmie lub mailem:
 - a) propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia o kolejny okres ubezpieczenia; wysyłając propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia informujemy Cię, czy przedłużyć się ona na tych samych warunkach, czy na innych – jeśli na innych, powiadomimy Cię, co ulegnie zmianie, albo
 - b) informację, że nie będziemy kontynuować umowy ubezpieczenia.
- 4) Umowa ubezpieczenia na warunkach przedstawionych w propozycji zostanie przedłużona o kolejny okres ubezpieczenia z chwilą zapłaty składki, w wysokości i terminie wskazanych w propozycji przedłużenia umowy ubezpieczenia.



III. Składka

1. Jak ustalamy wysokość składki?

- 1) Wysokość składki wynika z taryfy składek, która obowiązuje w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub zmianę wariantu, lub w dniu złożenia propozycji przedłużenia umowy ubezpieczenia.
- 2) Składkę obliczamy za czas naszej odpowiedzialności na podstawie:
 - a) sumy ubezpieczenia w wybranym wariantcie,
 - b) sposobu płatności składki i częstotliwości jej opłacania.

2. Jak opłacasz składkę?

- 1) Składkę opłacasz co miesiąc na rachunek bankowy. Wysokość i terminy płatności składki podaliśmy w polisie.
- 2) Jeśli nie zapłacisz w terminie składki, wezwiemy Cię do jej opłacenia. Masz 7 dni na zapłatę od dnia otrzymania wezwania. Gdy tego nie zrobisz, nasza odpowiedzialność wygaśnie z ostatnim dniem terminu wyznaczonego do zapłaty. Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu, a ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie. Wygaśnięcie naszej odpowiedzialności nie zwalnia Cię z obowiązku zapłaty składki za okres świadczonej ochrony ubezpieczeniowej.

IV. Pomoc assistance

1. Z jakiej pomocy można skorzystać?

- 1) W ramach Pomocy assistance możesz skorzystać z następujących świadczeń:
 - a) infolinia medyczna,
 - b) telefoniczna konsultacja z lekarzem lub pielęgniarką,
 - c) wizyta lekarza medycyny rodzinnej, pediatry lub internisty w miejscu przebywania dziecka,
 - d) wizyta u lekarza specjalisty (choroby wewnętrzne, chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, dermatolog, psychiatra),
 - e) zwrot kosztu leków,
 - f) organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji,
 - g) zwrot kosztów sprzętu rehabilitacyjnego,
 - h) transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej, z placówki medycznej do miejsca pobytu lub pomiędzy placówkami medycznymi zgodnie ze wskazaniami lekarza prowadzącego.
- 2) Wszystkie świadczenia assistance realizuje Centrum Pomocy Assistance. Jeśli chcesz z nich skorzystać, zadzwoń pod numer infolinii podany na końcu OWU.

MEDYCZNA PLATFORMA INFORMACYJNA

Zadzwoń na Medyczną Platformę Informacyjną, jeśli potrzebujesz:

- a) informacji o natychmiastowej pomocy medycznej, chorobach i badaniach, zachowaniach prozdrowotnych,
- b) telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem lub pielęgniarką;
- c) informacji o danych teleadresowych przychodni, szpitali, aptek, placówek opieki społecznej i hospicjów.

2. Co zapewniamy w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej?

- 1) Konsultanci Medycznej Platformy Informacyjnej oraz personel medyczny, w miarę istniejących możliwości, udzielą Ci telefonicznie ogólnej informacji o:
 - a) stanach, które wymagają natychmiastowej pomocy medycznej i zasadach jej udzielania,
 - b) profilaktyce i stylu życia, które mogą zmniejszyć ryzyko zachorowań,
 - c) badaniach kontrolnych i profilaktycznych dla określonych grup wiekowych,
 - d) uwarunkowaniach dotyczących poszczególnych schorzeń,
 - e) badaniu się w warunkach domowych,
 - f) przygotowaniu się do zabiegów i pobycie w szpitalu,
 - g) placówkach medycznych (lekarzach ogólnych, szpitalach, przychodniach, spółdzielniach lekarskich) – dane teleadresowe, godziny pracy, numery telefonów, umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ),
 - h) placówkach diagnostycznych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych oraz leczenia zamkniętego (szpitalach prywatnych, szpitalach najwyższego stopnia referencji oraz klinikach uniwersytetów medycznych) w Polsce,
 - i) placówkach opieki społecznej i hospicjach,
 - j) aptekach i sklepach ze sprzętem rehabilitacyjnym.
- 2) Konsultanci Medycznej Platformy Informacyjnej oraz personel medyczny, w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzielą również telefonicznej ogólnej informacji na temat:
 - a) chorób, typowego leczenia, nowoczesnych metod leczenia w Polsce,
 - b) diet, zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
 - c) opisów/wyników badań,
 - d) przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
 - e) niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - f) leków (objawy niepożądane, interakcje z innymi lekami) i ich refundacji,
 - g) terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii i innych alternatywnych metod leczenia i relaksacji (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
 - h) uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - i) grup wsparcia, telefonów zaufania w Polsce.
- 3) Jeśli chcesz skorzystać ze szpitali należących do sieci Centrum Pomocy Assistance, udzielimy Ci telefonicznej informacji, gdzie je znajdziesz, jakie usługi świadczą i jaki jest koszt tych usług (jeśli nie refunduje ich NFZ).
- 4) Centrum Pomocy Assistance zapewni dziecku lub opiekunowi dziecka możliwość telefonicznej konsultacji z lekarzem lub pielęgniarką.

WIZYTA LEKARZA MEDYCYNY RODZINNEJ LUB U LEKARZA SPECJALISTY

3. Kiedy można skorzystać z wizyty lekarza medycyny rodzinnej lub u lekarza specjalisty?

- 1) Jeśli dziecko nagle zachoruje, Centrum Pomocy Assistance zorganizuje i pokryje koszt wizyty lekarza medycyny rodzinnej, pediatry lub internisty w miejscu pobytu dziecka.
- 2) W przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Centrum Pomocy Assistance, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszt wizyty dziecka u lekarza specjalisty.
- 3) Termin wizyty u lekarza podamy Ci w ciągu 3 dni roboczych. Wizytę umówimy zgodnie z Twoimi preferencjami, o ile będzie to możliwe.
- 4) Informacje o liczbie wizyt w wybranym przez Ciebie wariantcie znajdziesz w tabeli w części I.

ZWROT KOSZTÓW LEKÓW

4. Kiedy pokryjemy koszty leków?

- 1) Jeśli lekarz na wizycie zorganizowanej przez Centrum Pomocy Assistance zaleci dziecku przyjmowanie leków na receptę, pokryjemy ich koszt do wysokości wskazanej w tabeli w części I.
- 2) Przed zwrotem kosztu leków skontaktuj się z Centrum Pomocy Assistance w celu weryfikacji zasadności świadczenia.
- 3) Zwrotu kosztów leków dokonamy na podstawie przedstawionych faktur lub paragonów.

TRANSPORT MEDYCZNY

5. Kiedy przysługuje transport medyczny?

- 1) Jeśli zaistnieje konieczność przewiezienia dziecka w razie zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:
 - a) z miejsca pobytu dziecka do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego,
 - b) z placówki medycznej do miejsca pobytu,
 - c) pomiędzy placówkami medycznymi, zgodnie ze wskazaniami lekarza prowadzącego,Centrum Pomocy Assistance zorganizuje i pokryje koszt transportu dziecka wraz z opiekunem środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia dziecka.
- 2) O wyborze środka transportu decyduje Centrum Pomocy Assistance w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
- 3) Informacje o liczbie świadczeń w wybranym przez Ciebie wariancie znajdziesz w tabeli w części I.

ZWROT KOSZTÓW SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

6. Kiedy przysługuje zwrot kosztów sprzętu rehabilitacyjnego?

Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku dziecka zostanie zalecone używanie sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy Assistance pokryje koszt wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego zaleconego przez lekarza prowadzącego. Pokryjemy koszty zakupu lub wypożyczenia takiego sprzętu rehabilitacyjnego do limitu wskazanego w tabeli w części I.

7. Co musisz zrobić, aby otrzymać zwrot kosztów?

- 1) Przed zakupem lub wypożyczeniem sprzętu rehabilitacyjnego skontaktuj się z Centrum Pomocy Assistance w celu weryfikacji zasadności świadczenia.
- 2) Zwrotu kosztów leków dokonamy na podstawie przedstawionych faktur lub paragonów.

REHABILITACJA

8. Kiedy przysługuje rehabilitacja?

- 1) Jeśli dziecku zostanie zalecona rehabilitacja przez lekarza prowadzącego, Centrum Pomocy Assistance zorganizuje i pokryje koszt wizyt dziecka w najbliższej jego miejscu pobytu poradni rehabilitacyjnej w zakresie następujących procedur medycznych: techniki terapii manualnej z zastosowaniem trakcji mechanicznej, cykloergometru, diatermii, podczerwieni, termożelu, ultrafioletu, ultradźwięków, jonoforezy, elektrostymulacji, prądów diadynamicznych, interferencyjnych, Kotza, Tens, Träberta, impulsowego pola magnetycznego, laseroterapii punktowej, krioterapii miejscowej.
- 2) Informację o liczbie zabiegów rehabilitacyjnych w wybranym przez Ciebie wariancie znajdziesz w tabeli w części I.

V. Nasza odpowiedzialność

1. Kiedy rozpoczyna się odpowiedzialność?

Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

2. Kiedy kończy się odpowiedzialność?

Nasza odpowiedzialność wygasa:

- a) z dniem, w którym odstąpiłeś od umowy ubezpieczenia;
- b) z upływem okresu, na jaki zawarłeś z nami umowę ubezpieczenia, jeśli nie została przedłużona na kolejny okres;
- c) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, jeśli Ty ją wypowiedziałeś;
- d) z dniem, w którym rozwiążesz umowę o rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy w mBanku;
- e) w terminie 7 dni od otrzymania wezwania, jeśli nie zapłacisz zaległej składki;
- f) z dniem śmierci dziecka.

3. Kiedy odpowiedzialność jest wyłączona?

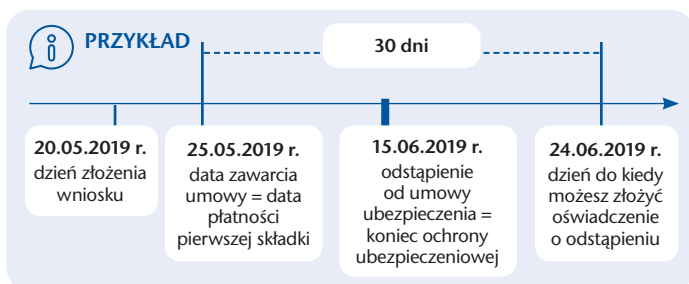
- 1) Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu nie wypłacimy, jeśli taki pobyt jest skutkiem:
 - a) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wymienionych czynników w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - c) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - d) samookaleczenia dziecka lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - e) spożycia przez dziecko alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie dziecka wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - f) udziału dziecka w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna takie jak: schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami, sporty powietrzne, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał;
 - g) wyprawy dziecka do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - h) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.
- 2) Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu nie wypłacimy, jeśli celem pobytu w szpitalu jest:
 - a) wykonywanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała;
 - b) wykonywanie dziecku zabiegów rehabilitacyjnych;
 - c) leczenie bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.
- 3) Świadczenia z tytułu złamania, urazu lub oparzenia nie wypłacimy lub pomoc assistance nie zostanie zorganizowana, jeśli zdarzenie jest skutkiem:
 - a) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wymienionych czynników w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;

- c) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - d) spożycia przez dziecko alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie dziecka wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.
- 4) Nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia z umowy ubezpieczenia mogłaby narazić nas na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiejkolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.

VI. Zakończenie umowy

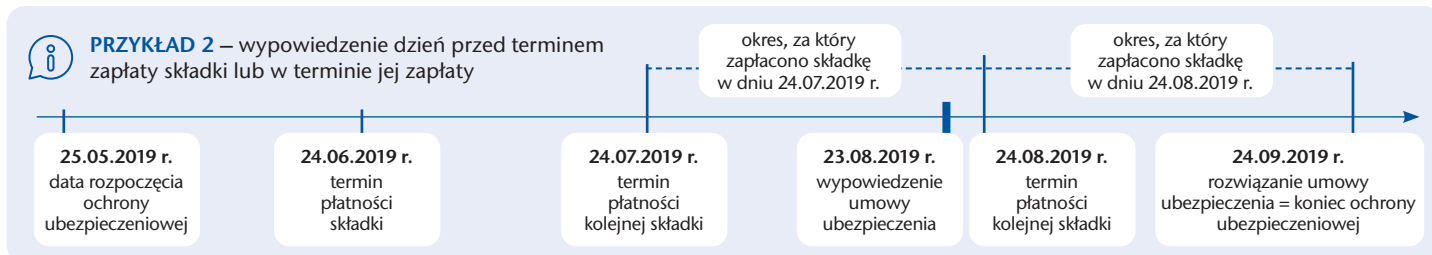
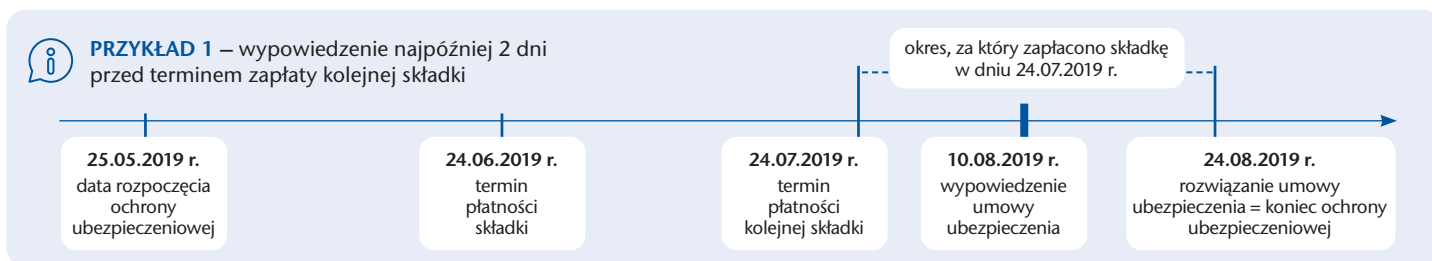
1. Kiedy możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia?

- 1) Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia. Jeżeli jesteś konsumentem i o prawie odstąpienia nie poinformowaliśmy Cię przed zawarciem umowy, okres 30 dni liczymy od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
- 2) Jeśli odstąpisz od umowy ubezpieczenia, ochrona wygasa z chwilą, gdy otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu. Zwrócimy Ci wówczas całą wpłaconą składkę na wskazany przez Ciebie rachunek bankowy.



2. Kiedy możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia?

- 1) W dowolnym momencie możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia.
- 2) Jeśli wypowiesz umowę ubezpieczenia:
 - a) najpóźniej na dwa dni przed terminem zapłaty kolejnej składki – umowa ulega rozwiązaniu i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem okresu, w którym złożyłeś wypowiedzenie i za który jest należna składka;
 - b) dzień przed terminem zapłaty składki lub w terminie jej zapłaty – umowa ulega rozwiązaniu i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem następnego okresu po tym, w którym złożyłeś wypowiedzenie i za który będzie należna składka.



Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Cię z obowiązku zapłaty składki za okres świadczonej ochrony ubezpieczeniowej.

Opis procesu w formie graficznej poniżej.

- 3) Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć:
 - a) na piśmie,
 - b) za pośrednictwem Biura Obsługi Klienta mBanku,
 - c) w systemie transakcyjnym mBanku (o ile ma on taką funkcję),
 - d) w aplikacji mobilnej mBanku (o ile ma ona taką funkcję).

VII. Zmiana wariantu

1. Kiedy możesz zmienić wariant ubezpieczenia?

- 1) Jeśli nie masz zaległości w opłaceniu składki, w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia możesz złożyć wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia, o ile udostępniłmy taką funkcjonalność.
- 2) Wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia możesz złożyć za pośrednictwem systemu transakcyjnego mBanku.
- 3) Złożenie wniosku o zmianę wariantu ubezpieczenia kończy się płatnością składki w nowej wysokości. Brak zapłaty składki w nowej wysokości powoduje odrzucenie wniosku o zmianę.
- 4) Kolejny wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia możesz złożyć po upływie 35 dni od dnia zaakceptowania poprzedniego wniosku.

2. Od kiedy będzie obowiązywał nowy wariant?

Jeśli zaakceptujemy Twój wniosek o zmianę wariantu, nowy wariant ubezpieczenia będzie obowiązywał od dnia odpowiadającego dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej następującemu bezpośrednio po złożeniu wniosku o zmianę wariantu.

VIII. Twoje i nasze obowiązki

1. Jakie są Twoje obowiązki?

- 1) Terminowe opłacanie składki w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
- 2) Informowanie nas o zmianach okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub zmianą wariantu ubezpieczenia.

2. Jakie są nasze obowiązki?

My zobowiązani jesteśmy do tego, aby:

- 1) doręczyć Ci OWU i inne dokumenty w nich wymienione przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 2) wystawić i doręczyć Ci polisę, która potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 3) wypłacić świadczenie zgodnie z umową ubezpieczenia i przepisami prawa;

- 4) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania, które wynikają z umowy ubezpieczenia oraz przepisów prawa.

IX. Wypłata świadczenia

1. Co zrobić, aby otrzymać świadczenie?

- 1) Należy wypełnić wniosek o wypłatę świadczenia i dostarczyć go do nas wraz z dokumentacją medyczną wskazaną we wniosku. Wniosek znajdziesz na stronie www.unia.pl lub www.mbank.pl.
- 2) Dokumenty można przekazać nam przez stronę www.unia.pl, mailowo lub pocztą na adres wskazany na końcu OWU.
- 3) Możemy prosić o dodatkowe dokumenty, jeśli będzie to niezbędne do wypłaty świadczenia.
- 4) Świadczenia wypłacone z umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu na podstawie przepisów regulujących opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązujących w chwili wypłaty świadczenia.

2. Jak długo czeka się na wypłatę?

- 1) Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w tym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, wówczas spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część świadczenia spełnimy w terminie 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia.
- 3) Naszą decyzję prześlemy na piśmie lub mailowo, a jeśli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż w zgłoszonym roszczeniu – zawsze na piśmie. Wskażemy okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
- 4) Świadczenie realizujemy przelewem lub przekazem pocztowym.

X. Reklamacje

1. Kiedy można złożyć reklamację?

- 1) W każdym przypadku Ty, dziecko lub inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia będąca osobą fizyczną, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca uprawnionym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
- 2) W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
- 3) W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

2. Jak można złożyć reklamację?

Reklamację można złożyć:

- a) ustnie – na naszej infolinii pod numerem telefonu +48 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) lub osobiście do protokołu podczas wizyty w naszej jednostce obsługującej klientów, lub w naszej siedzibie,
- b) elektronicznie – poprzez formularz na stronie unia.pl/reklamacje,
- c) na piśmie – na adres: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w naszej siedzibie, albo na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych; nasz adres to: AE:PL-71235-46013-CSHSF-26.

3. Jak udzielimy odpowiedzi na reklamację?

- 1) Odpowiedzi na reklamację udzielamy pisemnie lub za pomocą innego trwałego nośnika, w tym – mailowo. Jeżeli jesteś osobą fizyczną i chcesz otrzymać odpowiedź na reklamację mailowo, poinformuj nas o tym.
- 2) Odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
- 3) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która złożyła reklamację, informujemy o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

4. A co, jeśli nie zgadzasz się z naszą odpowiedzią na reklamację?

- 1) Jeżeli osoba fizyczna nie zgadza się z naszą odpowiedzią na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- 2) Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA TU S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
- 3) Powództwo można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania:
 - a) Twojego,
 - b) dziecka,
 - c) osoby uprawnionej,
 - d) Twojego spadkobiercy,
 - e) spadkobiercy dziecka,
 - f) spadkobiercy osoby uprawnionej.
- 4) Jeśli jesteś konsumentem, masz także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
- 5) Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

5. Kto może złożyć skargę lub zażalenie?

Podmioty, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji, zgodnie z niniejszą częścią, mogą złożyć skargę lub zażalenie. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia pkt 2, 3 oraz pkt 4 ppkt 2). W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażalenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, informujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

XI. Postanowienia końcowe

W sprawach, których nie regulują OWU oraz umowa ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/10/10/2023 z 10 października 2023 r. i wchodzi w życie 19 października 2023 r.

Dane kontaktowe

Chcesz skorzystać z Pomocy assistance – skontaktuj się z Centrum Pomocy Assistance

tel. +48 22 591 95 26

Chcesz zgłosić roszczenie

- możesz zgłosić roszczenie za pośrednictwem naszej strony: www.uniqa.pl
- napisz na adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie
- wyślij zgłoszenie mailem na adres: umowy.ubezpieczenia@uniqa.pl
- możesz zgłosić roszczenie za pośrednictwem naszej strony: www.uniqa.pl

Masz pytania dotyczące ubezpieczenia

- napisz na adres: umowy.ubezpieczenia@uniqa.pl
- zadzwoń do nas: tel. +48 22 599 95 22
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)

Zgłoszenie reklamacji

- ustnie – telefonicznie pod numer tel. +48 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście do protokołu podczas wizyty w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie
- elektronicznie – poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje
- na piśmie – osobiście, w jednostce obsługującej klientów lub naszej siedzibie, albo przesyłką pocztową na następujący adres: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51, albo na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych; nasz adres to: AE:PL-71235-46013-CSHSF-26



www.uniqa.pl