

INFORMACJA DLA POSIADACZY KART PŁATNICZYCH VISA BUSINESS MULTIBANKU, OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, Kosztów Leczenia, Pomocy w Podróży oraz Nagłego Leczenia Dentystycznego

AIG Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Marszałkowska 111, 00-102 Warszawa - zwane dalej **Towarzystwem** - wystawia Polise Główną Nr 0202008060 na rzecz **BRE Banku S.A.**, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Senatorskiej 18 - zwanego dalej **Posiadaczem Polisy**.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Towarzystwo niniejszym zaświadcza, że na mocy wyżej wymienionej Polisy i zgodnie z jej warunkami, posiadacz ważnej karty **Visa Business (zwanej dalej Kartą)**, który nie ukończył 80 roku życia oraz dwie osoby towarzyszące w podróży zagranicznej spełniającymi powyższe kryterium wiekowe, są ubezpieczone od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, Kosztów Leczenia, Pomocy w Podróży oraz Nagłego Leczenia Dentystycznego.

Posiadacz Karty wraz z dwoma osobami towarzyszącymi w podróży – zwane dalej **Ubezpieczonymi** – jest objęty ubezpieczeniem przez 24 godziny na dobę w czasie podróży zagranicznej, pod warunkiem, iż za pomocą Karty zostały pokryte w całości następujące koszty:

- koszty biletu dla osób Ubezpieczonych na podróż międzynarodową odbywaną środkiem transportu przewoźnika zawodowego i/lub
- opłaty za zakwaterowanie za granicą osób Ubezpieczonych.

DEFINICJE:

Beneficjent

Osoba upoważniona do uzyskania świadczenia z umowy ubezpieczenia. W przypadku śmierci Ubezpieczonego beneficjentem jest (o ile Ubezpieczony nie ustali tego inaczej w dyspozycji, którą może złożyć u Posiadacza Polisy) pozostający przy życiu małżonek Ubezpieczonego, następnie dzieci, a potem prawni spadkobiercy. W przypadku wszystkich innych świadczeń beneficjentem jest sam Ubezpieczony.

Nieszczęśliwy wypadek

Zdarzenie nagłe, zewnętrzne i niezależne od woli Ubezpieczonego.

Uszkodzenie ciała

Fizyczne, zewnętrzne i spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem uszkodzenie ciała, występujące w sposób nagły, prowadzące - wyłącznie i niezależnie od jakiegokolwiek innej przyczyny, czy jakiegokolwiek wady fizycznej albo ułomności istniejącej przed wypadkiem - do śmierci, inwalidztwa, złamania kości, poparzenia czy hospitalizacji Ubezpieczonego.

Nagła niespodziewana choroba

Jakakolwiek przypadkowa choroba lub niedyspozycja somatyczna, z wyłączeniem wszelkich chorób czy niedyspozycji, które są, wynikają albo zostały spowodowane przez jakiś stan czy wadę wymagającą leczenia, dla której zalecono leczenie lub starano się o nie, albo o które należałoby się starać bądź zapewnić w dowolnej chwili przed rozpoczęciem się okresu ubezpieczenia i która:

- wystąpiła w okresie obowiązywania Polisy i w efektywnym okresie ubezpieczenia;
- spowodowała, iż Ubezpieczony wymaga opieki lekarza;
- nie jest wyłączona z warunków Polisy.

Przewoźnik zawodowy

Oznacza uprawnionego przewoźnika wykonującego odpłatnie wszelki transport lądowy, morski czy powietrzny pasażerów, wyłącznie na regularnych, oznaczonych trasach.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

ZAKRES POKRYCIA UBEZPIECZENIOWEGO

SUMA UBEZPIECZENIA:

Dla Ubezpieczonych

			Do ukończenia 70 lat	Od 70 roku życia do ukończenia 80 lat
A	Śmierć na skutek nieszczęśliwego wypadku	PLN	120 000	60 000
B	Trwałe Inwalidztwo Całkowite	PLN	120 000	60 000
C	Trwałe Inwalidztwo Częściowe	PLN	120 000	60 000
D	Koszty leczenia powypadkowego lub nagłego zachorowania	PLN	100 000	100 000
E	Pomoc w Podróży zawierająca:	PLN	Do 100 000	Do 100 000
	1. Transport chorego	PLN	100 000	100 000
	2. Transport chorego do kraju	PLN	100 000	100 000
	3. Transport zwłok	PLN	8 000	8 000
	4. Zakup trumny	PLN	2 500	2 500
	5. Pomoc prawna po wypadku samochodowym	PLN	2 500	2 500
	6. Zaliczka na poczet kaucji w związku z udziałem w wypadku samochodowym	PLN	8 000	8 000
	7. Koszty podróży członka rodziny Ubezpieczonego	PLN	8 000	8 000
F	Nagłe Leczenie Dentystyczne	PLN	600	600
	<i>Franszyza redukcyjna</i>		<i>80</i>	<i>80</i>

Zasięg terytorialny ubezpieczenia

Wszystkie kraje świata z wyłączeniem państw i terytoriów objętych wojną lub wojną domową.

Efektywny okres ubezpieczenia

Ubezpieczenie obowiązuje **w czasie każdej podróży zagranicznej**, zwanej dalej „podróżą ubezpieczoną”, dla zakresów A, B, C, D, E, F wymienionych w powyższej tabeli.

Dla zakresów A, B, C ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od chwili opuszczenia przez Ubezpieczonego jego miejsca faktycznego zamieszkania lub miejsca zatrudnienia, zależnie od tego skąd wyrusza później, **ale nie wcześniej niż od momentu opłaty przy użyciu Karty biletu na podróż lub zakwaterowania za granicą**, aż do powrotu Ubezpieczonego do jego miejsca faktycznego zamieszkania lub miejsca zatrudnienia, zależnie od tego, dokąd dotrze wcześniej.

Dla zakresów D, E, F ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od chwili opuszczenia przez Ubezpieczonego granicy Polski, **ale nie wcześniej niż od momentu opłaty przy użyciu Karty biletu na podróż lub zakwaterowania za granicą** i obejmuje okres podróży za granicą aż do momentu powrotu Ubezpieczonego, co oznacza chwilę przekroczenia granicy Polski.

Każda podróż jest ubezpieczona przez pierwsze 60 dni jej trwania.

RYZYKA OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

A – Śmierć na skutek nieszczęśliwego wypadku

Jeżeli Ubezpieczony dozna uszkodzenia ciała, które w sposób bezpośredni i niezależny od wszelkich innych przyczyn będzie skutkowało w ciągu 12 miesięcy kalendarzowych od chwili wypadku zgonem, to Towarzystwo wypłaci na rzecz beneficjenta Ubezpieczonego świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Polisie.

B - Trwałe Inwalidztwo Całkowite

Jeżeli Ubezpieczony dozna uszkodzenia ciała, a w ciągu 365 dni od daty wypadku okaże się, że jest on całkowitym i trwałym inwalidą, i nie może podjąć jakiegokolwiek pracy czy zatrudnienia za wynagrodzeniem, to Towarzystwo wypłaci świadczenie, pod warunkiem, że owa niezdolność/inwalidztwo trwało przez okres 12 kolejnych miesięcy i będzie całkowite, trwające i stałe na koniec owego okresu, przy czym świadczenie będzie równe sumie ubezpieczenia pomniejszonej o wszelkie kwoty zapłacone lub należne w ramach rozdziału OWU poświęconego Trwałemu Inwalidztwu Częściowemu wskutek tego samego wypadku.

C - Trwałe Inwalidztwo Częściowe

Jeżeli Ubezpieczony dozna uszkodzenia ciała, co w sposób bezpośredni i niezależny od jakichkolwiek innych przyczyn będzie skutkowało w ciągu 12 miesięcy kalendarzowych od zajścia wypadku inwalidztwem określonym w Rozdziale IX Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, to Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie określone w Tabeli Świadczeń zamieszczonej we wskazanym rozdziale Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa dla danego Ubezpieczonego w zakresie Trwałego Inwalidztwa Częściowego ustaje z chwilą wypłacenia świadczenia odpowiadającego sumie ubezpieczenia.

Łączną kwotę należną z tytułu więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa wskutek tego samego wypadku oblicza się poprzez dodanie kwot należnych za każdą doznaną szkodę podaną w Tabeli Świadczeń z tym, że nie może ona przekroczyć sumy ubezpieczenia.

D - Koszty leczenia powypadkowego lub nagłego zachorowania

1. Jeżeli Ubezpieczony w trakcie podróży poza granicami Polski lub innego kraju jego stałego zamieszkania/obywatelstwa dozna uszkodzenia ciała lub ulegnie nagłej niespodziewanej chorobie, to Towarzystwo pokryje niezbędne, normalne i uzasadnione koszty leczenia, poniesione w ciągu 12 miesięcy od daty szkody (w przypadku uszkodzenia ciała) lub 3 miesięcy od daty szkody (w przypadku choroby), do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Polisie.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Kosztów leczenia powypadkowego lub nagłego zachorowania Ubezpieczony ma obowiązek zawiadomić o tym AIG Assist. Jeżeli Ubezpieczony nie zawiadomi AIG Assist, to maksymalna wysokość należnego świadczenia będzie ograniczona do równowartości w złotych 50 EUR.
3. Wydatki związane z leczeniem nie wymagającym hospitalizacji, do wysokości **50 EUR**, ma obowiązek pokryć na miejscu Ubezpieczony. Należy zachować wszystkie rachunki, recepty, diagnozy lekarskie, które stanowią podstawę określenia łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego i dowieść, że powyższe rachunki zostały uregulowane przez Ubezpieczonego. Po powrocie do Polski wydatki zostaną zwrócone Ubezpieczonemu przez Towarzystwo, z zachowaniem postanowień OWU oraz uwzględnieniem udziału własnego w odniesieniu do zakresu F. W przypadku nie wymagającym hospitalizacji koszty dojazdu do lekarza Ubezpieczony pokrywa we własnym zakresie.

W przypadku konieczności pokrycia kosztów nagłego leczenia dentyścycznego wyższych niż 50 EUR, Ubezpieczony jest zobowiązany do opłacenia kwoty udziału własnego w placówce medycznej, w której organizowane jest leczenie.

4. Kosztami leczenia objętymi ubezpieczeniem są wyłącznie koszty wyszczególnione poniżej:
 - a) leczenie w ambulatoryjnym ośrodku medycznym, usługi świadczone przez pogotowie ratunkowe, opłaty za pobyt i wyżywienie w szpitalu, opłaty za użycie sali operacyjnej,
 - b) honoraria lekarzy,
 - c) koszty leczenia w szpitalu, jak i poza nim, w tym: badań laboratoryjnych, przewozu karetką (do lub ze szpitala), przepisanych leków, terapii, środków znieczulających (włącznie z ich podaniem), transfuzji, sztucznych oczu (z włączeniem naprawy lub wymiany), prześwietleń, protez,
 - d) opłaty za opiekę pielęgniarską.

Refundacja kosztów leczenia odbywa się w części nie pokrytej przez wszystkie inne ważne i dające odszkodowanie ubezpieczenia.

E- Pomoc w Podróżach

Jeżeli Ubezpieczony w trakcie podróży poza granicami Polski lub innego kraju jego stałego zamieszkania/obywatelstwa dozna uszkodzenia ciała lub ulegnie nagłej, niespodziewanej chorobie, to AIG Assist działające w imieniu Towarzystwa, zorganizuje i zrealizuje w ramach umowy ubezpieczenia niezbędne świadczenia, określone poniżej, do wysokości sumy ubezpieczenia, stosując środki i usługi najlepiej dostosowane do stanu fizycznego Ubezpieczonego.

Łączna odpowiedzialność Towarzystwa za wszystkie świadczenia opisane w punktach od 1 do 7, w związku z jedną podróżą ubezpieczoną, nie może przekroczyć 100 000 PLN, z zachowaniem limitów na poszczególne świadczenia.

Do działania w imieniu Towarzystwa upoważnione jest wyłącznie AIG Assist, toteż w razie wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem Ubezpieczony ma obowiązek skontaktować się z AIG Assist, poprzez centralę w **Pradze, telefon: +420 2 2211 1160 (zgłoszenia w języku polskim)**.

Jeżeli Ubezpieczony nie zawiadomi AIG Assist, to maksymalna wysokość należnego świadczenia będzie ograniczona do równowartości w złotych **50 EUR**, z tym że ani AIG Assist ani Towarzystwo nie ponoszą żadnej odpowiedzialności z tytułu jakichkolwiek wydatków poniesionych w zakresie świadczeń „Transport chorego” i/lub „Transport chorego do kraju”, przeprowadzonych bez uzgodnienia z AIG Assist.

1. Transport chorego

Jeżeli Ubezpieczony dozna uszkodzenia ciała lub ulegnie nagłej, niespodziewanej chorobie, w wyniku czego niezbędna stanie się jego hospitalizacja, AIG Assist udzieli Ubezpieczonemu pomocy organizując wymagany transport medyczny, zgodnie ze swą decyzją korzystając z wszelkich stosownych środków transportu powietrznego i/lub lądowego dostępnego dla AIG Assist z włączeniem opieki medycznej w czasie transportu, komunikacji i wszystkich normalnych opłat pomocniczych ponoszonych przy transporcie Ubezpieczonego do najbliższej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej tak, aby zapewnić leczenie Ubezpieczonego.

Wybór odpowiedniego środka transportu oraz najbardziej odpowiedniej placówki medycznej należy wyłącznie do AIG Assist działającego w porozumieniu z miejscowym lekarzem udzielającym pomocy.

2. Transport chorego do kraju

Jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego po hospitalizacji lub leczeniu nie pozwala mu kontynuować podróży, AIG Assist w porozumieniu z miejscowym lekarzem prowadzącym lub stałym lekarzem Ubezpieczonego zorganizuje jego powrót do kraju stałego zamieszkania lub kraju obywatelstwa. Jeżeli zostanie to podyktowane powagą sytuacji, to AIG Assist zorganizuje Ubezpieczonemu odpowiednią opiekę lekarską podczas podróży powrotnej.

3. Transport zwłok

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku uszkodzenia ciała lub nagłej, niespodziewanej choroby, AIG Assist zorganizuje i pokryje koszty transportu zwłok tej osoby do kraju jej obywatelstwa.

4. Zakup trumny

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, jeżeli lokalne przepisy wymagają, aby zwłoki transportowano w trumnie, AIG Assist zorganizuje i zapłaci za zakup trumny.

5. Pomoc prawna po wypadku samochodowym:

Jeżeli Ubezpieczony zostanie aresztowany lub będzie mu groziło aresztowanie wskutek wypadku samochodowego, AIG Assist zorganizuje wszelką niezbędną pomoc prawną oraz pokryje wszelkie koszty prawne poniesione wskutek tego wypadku.

6. Zaliczka na poczet kaucji w związku z wypadkiem samochodowym:

Jeżeli Ubezpieczony stanie się uczestnikiem wypadku samochodowego i zostanie uwięziony lub będzie mu grozić uwięzienie, AIG Assist wypłaci jemu zaliczkę na opłacenie kaucji. Ubezpieczony jest zobowiązany do zwrotu kaucji najpóźniej w ciągu 30 dni od momentu odzyskania wypłaconej sumy od właściwych władz miejscowych.

7. Koszty podróży członka rodziny Ubezpieczonego:

Jeżeli stan fizyczny Ubezpieczonego nie pozwala na jego repatriację i zachodzi konieczność jego hospitalizacji przez okres dłuższy niż 10 dni, przy czym początek tej hospitalizacji będzie miał miejsce w okresie ubezpieczenia, AIG Assist zapewni jednemu z najbliższych członków rodziny (małżonkowi, rodzicowi, dziecku) bilet lotniczy powrotny w klasie ekonomicznej lub bilet kolejowy klasy pierwszej w obie strony, aby umożliwić członkowi rodziny opiekę nad chorym.

F - Nagłe Leczenie Dentystyczne

Jeżeli podczas przebywania w podróży poza krajem obywatelstwa czy stałego zamieszkania, Ubezpieczony dozna uszkodzenia ciała lub ostrego bólu, które bezpośrednio i niezależnie od wszelkich innych przyczyn spowodują konieczność nagłego zastosowania leczenia dentystycznego, Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu koszty takiego leczenia do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, pomniejszonej o wysokość franszyzy redukcyjnej.

Ostry ból oznacza niespodziewany i nagły ból, którego nie można złagodzić powszechnie dostępnymi środkami farmakologicznymi i wymagający natychmiastowego leczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Towarzystwo nie będzie zobowiązane do wypłaty jakiegokolwiek świadczenia na rzecz dowolnego Ubezpieczonego z powodu:

- 1) uszkodzenia ciała lub choroby doznanych wskutek wojny, wojny domowej, napaści zbrojnej, powstania, rewolucji, zamachu stanu, aktu zbrojnego przeciwko władzy państwowej,
- 2) uszkodzenia ciała lub choroby doznanych wskutek jakiegokolwiek aktu terrorystycznego lub zamierzonego użycia sił zbrojnych w celu przerwania, zapobieżenia lub złagodzenia skutków znanych lub podejrzewanych aktów terrorystycznych,
- 3) uszkodzenia ciała lub choroby doznanych wskutek działania materiałów lub broni nuklearnej, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego, trujących substancji chemicznych lub biologicznych działających w skali masowej,
- 4) uszkodzenia ciała lub choroby spowodowanych lub wywołanych celowo przez Ubezpieczonego,
- 5) uszkodzenia ciała lub choroby zaistniałych wskutek umyślnego lub zamierzonego narażenia się na niebezpieczeństwo (z wyjątkiem próby ratowania ludzkiego życia), celowego samookaleczenia, samobójstwa lub jego próby, albo wynikającej z nieprzestrzegania porad lekarskich,
- 6) uszkodzenia ciała lub choroby doznanych w przypadku, gdy Ubezpieczony znajdował się pod wpływem alkoholu (którego poziom we krwi przekroczył dopuszczalny poziom określony przepisami polskimi dla kierowców pojazdów), leków lub narkotyków, chyba że zostały one podane przez lekarza, lub zostały przepisane przez lekarza i zażywano je zgodnie z jego zaleceniami,
- 7) uszkodzenia ciała spowodowanego wyczynowym uprawianiem sportu,
- 8) uszkodzenia ciała doznanego podczas i wskutek uczestniczenia w jakichkolwiek zawodach związanych z użyciem wyposażonego w silnik pojazdu lądowego, wodnego czy powietrznego,
- 9) uszkodzenia ciała doznanego podczas i wskutek jazdy w charakterze kierowcy lub pasażera pojazdu jednośladowego o pojemności skokowej silnika powyżej 125 cm³,
- 10) uszkodzenia ciała doznanego podczas podróży powietrznymi, w charakterze innym niż pasażera, lecącego samolotem zarejestrowanym na rzecz linii lotniczych prowadzących działalność polegającą na odpłatnym przewozie pasażerów,
- 11) uszkodzenia ciała doznanego w związku z dopuszczeniem się przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- 12) uszkodzenia ciała lub choroby wynikających z porodu lub trzech ostatnich miesięcy ciąży liczonych z uwzględnieniem spodziewanej daty rozwiązania,
- 13) uszkodzenia ciała lub choroby spowodowanych albo wynikających ze stanu powszechnie znanego jako AIDS czy HIV i/lub innej związanej z tym choroby lub stanu z włączeniem chorób pochodnych, niezależnie od przyczyny zachorowania lub powstania. To Ubezpieczony ma zawsze obowiązek wykazać, że uszkodzenie ciała czy choroba nie były spowodowane albo nie wynikały z AIDS czy HIV,
- 14) uszkodzenia ciała lub choroby spowodowanych lub wynikających, albo będących skutkiem chorób wenerycznych lub pochodzących od wenerycznych,
- 15) uszkodzenia ciała doznanego podczas i wskutek aktywnego udziału we wszelkich gwałtownych rozruchach pracowniczych, zamieszkach lub demonstracjach, strajkach albo zakłóceniach porządku,

- 16) uszkodzenia ciała doznanego w związku z pełnieniem czynnej służby w siłach zbrojnych lub w policji, albo w związku ze szkoleniem wojskowym lub policyjnym, czy też służby lub szkolenia w organizacji o charakterze paramilitarnym, niezależnie od tego, czy Ubezpieczony w chwili wypadku był umundurowany, czy nie,
- 17) leczenia zaburzeń nerwowych lub psychicznych, bez względu na to, czy chodzi o zaburzenia psychiatryczne, psychotyczne, stany depresyjne, czy też chorobę umysłową,
- 18) jakiegokolwiek złamania o charakterze patologicznym,
- 19) stanu uprzednio istniejącego,
- 20) wszelkiego rodzaju leczenia podczas rekonwalescencji oraz jakiegokolwiek pobytu w instytucjach opiekuńczych długoterminowych (domy starców, sanatoria, ośrodki rekonwalescencji, ośrodki detoksykacyjne itd.),
- 21) badań, operacji czy zabiegów o czysto kosmetycznym charakterze lub w celu pozbycia się otyłości, albo podjętych w celu zapłodnienia, wyleczenia impotencji, czy poprawy potencji,
- 22) uszkodzenia ciała doznanego podczas i wskutek aktywnego uczestniczenia we wszelkich niebezpiecznych sportach, w szczególności takich, jak: spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, żeglowanie ze spadochronem, jazda na nartach poza wyznaczonymi trasami, nurkowanie z akwalungiem, speleologia i skoki na linie bungee,
- 23) jakichkolwiek kosztów leczenia poniesionych w przypadku podjęcia ubezpieczonej podróży wbrew zaleceniom lekarza,
- 24) jakichkolwiek kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego w podróży, której celem jest poddanie się tej osoby leczeniu lub zasięgnięcie porady lekarskiej,
- 25) jakichkolwiek kosztów leczenia poniesionych na terenie kraju stałego zamieszkania Ubezpieczonego lub kraju, którego Ubezpieczony jest obywatelem,
- 26) kosztów leczenia oraz lekarstw przepisanych lub zażywanych przed okresem ubezpieczenia,
- 27) z tytułu stałych koronek lub sztucznych zębów.

ZGŁASZANIE ROSZCZEŃ

Wszelkie roszczenia związane z niniejszym ubezpieczeniem należy zgłaszać na adres:

**Dział Likwidacji Szkód
AIG Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Marszałkowska 111
00-102 Warszawa, tel 022/ 528 51 00, fax 022/ 528 52 52**

W przypadku szkody, która mogłaby być podstawą roszczenia objętego Polisą należy niezwłocznie (nie później niż w ciągu 30 dni od daty szkody) zawiadomić o tym Towarzystwo w formie pisemnej.

Wszelkie wymagane świadectwa i informacje powinny być sporządzone w formie pisemnej, a koszty ich uzyskania i dostarczenia obciążają wnoszącego roszczenia.

W razie doznanego za granicą wypadku lub nagłego zachorowania, które mogą być podstawą roszczenia na mocy Polisy należy skontaktować się z Centralą AIG Assist pod całonocnym numerem telefonu w:

Pradze, telefon: +420 2 2211 1160 (zgłoszenia w języku polskim).

Zgłoszenie roszczenia do Towarzystwa o wypłatę odszkodowania z tytułu ubezpieczenia powinno zawierać w szczególności następujące informacje: numer posiadanej karty Visa Gold Credit lub Visa Platinum Credit, dokument potwierdzający opłacenie w całości za pomocą karty biletu na podróż zagraniczną lub zakwaterowania za granicą, a ponadto:

1) w zakresie Inwalidztwa i Śmierci :

- a) szczegółowy opis okoliczności zaistnienia wypadku i nazwiska ewentualnych świadków,
- b) raporty policyjne dotyczące wypadku, o ile zostały sporządzone,
- c) orzeczenia lekarskie opisujące rodzaj i charakter obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę,
- d) akt zgonu w przypadku śmierci.

Towarzystwo może, według własnego uznania i na swój koszt skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, o ile nie ma przeszkód prawnych, Towarzystwo może żądać przeprowadzenia autopsji.

2) w zakresie Kosztów Leczenia i Pomocy w Podróży oraz Nagłego Leczenia Dentystycznego:

- a) oryginały wszystkich faktur, rachunków, świadectw szpitalnych, które umożliwią Towarzystwu określenie łącznych kosztów leczenia, oraz wydatków związanych z transportem, poniesionych przez Ubezpieczonego,
- b) orzeczenia lekarskie wystawione w placówce medycznej, w której zorganizowane zostało leczenie, opisujące rodzaj i charakter obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę.

Wypłata odszkodowania

Towarzystwo dokonuje wypłat świadczeń w złotych polskich (PLN).

Do obliczenia kwoty odszkodowania w przypadku zwrotu kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w walucie obcej będzie stosowany średni kurs NBP tej waluty obowiązujący w dniu zgłoszenia roszczenia, a w przypadku rachunków wystawionych przez placówkę medyczną – w dniu wystawienia rachunku.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Podstawą powyższych informacji są „Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków i Kosztów Leczenia z dnia 20 czerwca 2002r.” udostępniane Ubezpieczonym w Oddziałach Posiadacza Polisy lub Towarzystwie oraz Polisa Główna Nr 0202008060.

W razie jakichkolwiek rozbieżności, w przypadkach spornych rozstrzygającą moc ma Polisa Główna Nr 0202008060. W kwestiach nieuregulowanych w Polisie Głównej zastosowania mają postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków i Kosztów Leczenia z dnia 20 czerwca 2002r.