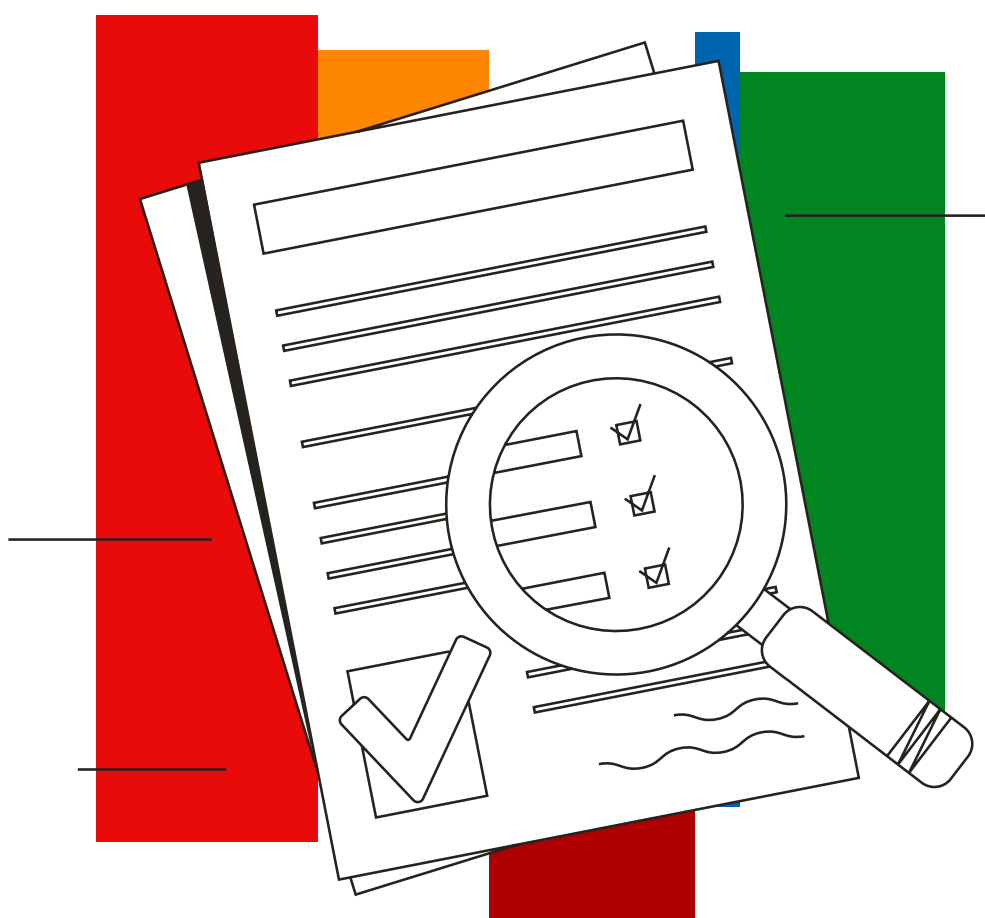


karta produktu ubezpieczenia indywidualnych podróży Kontynenty na terenie Rzeczypospolitej Polskiej



To materiał wyłącznie informacyjny. Nie stanowi wzoru umowy ani jej części. Nie jest także materiałem marketingowym. Kartę produktu przygotowaliśmy na podstawie Rekomendacji U, która dotyczy dobrych praktyk Bancassurance. Rekomendację U wydała Komisja Nadzoru Finansowego 24 czerwca 2014 r.

My	mBank S.A. (w roli agenta ubezpieczeniowego)
Ty	jako klient, który zawiera umowę ubezpieczenia (występuje jako ubezpieczający). Możesz wykupić ubezpieczenie dla siebie (wtedy jesteś również ubezpieczonym) lub innych osób
Ubezpieczony	osoba, która korzysta z ochrony ubezpieczeniowej
Ubezpieczyciel	UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z którym zawierasz umowę
OWU	Ogólne warunki ubezpieczenia. Ubezpieczenie indywidualnych podróży Kontynenty na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Indeks UTRP/2020/12/22
Uposażony	osoba upoważniona do tego, aby otrzymać świadczenie w razie śmierci ubezpieczonego, którą imiennie wyznacza ubezpieczony. Jeśli ubezpieczony nie wskaże osoby uprawnionej, świadczenie przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego, kolejno: małżonkowi, dzieciom, rodzicom, innym ustawowym spadkobiercom ubezpieczonego niezależnie od tego, czy faktycznie dziedziczą oni po ubezpieczonym. Jeżeli jest kilku uprawnionych członków rodziny ubezpieczonego, świadczenie przypada im w częściach równych

Gdzie działa ubezpieczenie?

W Polsce

Kogo i ile osób możesz ubezpieczyć?

Możesz ubezpieczyć siebie lub grupę (maksymalnie 10 osób). Jeśli chcesz ubezpieczyć więcej niż 10 osób, złóż kolejny wniosek ubezpieczenia.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Z oferty mBanku możesz wybrać jedną z dostępnych wersji: Travel lub Travel Sport Plus. Wersje różnią się zakresem ubezpieczenia. Każda z nich ma 3 warianty (XSmall, Small, Large), które różnią się sumą ubezpieczenia:

Travel

Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna oraz ich podlimity		
	XSmall	Small	Large
następstwa nieszczęśliwych wypadków	10 000 zł	20 000 zł	50 000 zł
assistance	tak	tak	tak
koszty leczenia	500 zł	500 zł	1000 zł
koszty rehabilitacji	500 zł	500 zł	1000 zł
odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym, w tym:	100 000 zł	100 000 zł	100 000 zł
– dla szkód w mieniu	50 000 zł	50 000 zł	50 000 zł

Travel Sport Plus – będzie dostępna, jeśli zaznaczysz, że amatorsko uprawiasz sporty letnie i zimowe i zależy Ci na ubezpieczeniu od dodatkowych ryzyk (ratownictwo, OC sportowe i sprzęt sportowy)

Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna oraz ich podlimity		
	XSmall	Small	Large
następstwa nieszczęśliwych wypadków	10 000 zł	20 000 zł	50 000 zł
assistance	tak	tak	tak
koszty leczenia	500 zł	500 zł	1000 zł
koszty ratownictwa	15 000 zł	15 000 zł	15 000 zł
koszty rehabilitacji	500 zł	500 zł	1000 zł

Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna oraz ich podlimity		
	XSmall	Small	Large
odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym, w tym:	100 000 zł	100 000 zł	100 000 zł
– dla szkód w mieniu	50 000 zł	50 000 zł	50 000 zł
odpowiedzialność cywilna związana z uprawianiem sportu, w tym:	10 000 zł	10 000 zł	10 000 zł
– dla szkód w mieniu	5000 zł	5000 zł	5000 zł
sprzęt sportowy	3000 zł	3000 zł	3000 zł

Dodatkowo możesz rozszerzyć ochronę (podwyższy to składkę), jeśli zależy Ci na ubezpieczeniu od dodatkowych ryzyk uprawiania sportów:

- wysokiego ryzyka
- zawodowo i wyczynowo
- ekstremalnie

Poznaj szczegóły zakresu ubezpieczenia

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)

Przedmiotem ubezpieczenia są życie i zdrowie ubezpieczonego. Ubezpieczenie obejmuje nieszczęśliwe wypadki w czasie podróży ubezpieczonego.

Czym jest nieszczęśliwy wypadek?

To nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, jeśli w jego następstwie ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

Wypłata świadczenia:

Kiedy i w jakiej wysokości ubezpieczyciel wypłaci świadczenie?

Zdarzenie	Wysokość świadczenia
śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100% sumy ubezpieczenia NNW, jeśli śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku
trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego, który jest następstwem nieszczęśliwego wypadku	iloczyn sumy ubezpieczenia NNW i procentu trwałego uszczerbku z tabeli trwałych uszczerbków na zdrowiu (załącznik nr 3 do OWU)
inwalidztwo ubezpieczonego, które jest następstwem nieszczęśliwego wypadku	iloczyn sumy ubezpieczenia NNW i procentu inwalidztwa z tabeli inwalidztwa (załącznik nr 3 do OWU)

Pod jakimi warunkami ubezpieczyciel wypłaci świadczenie?

Ubezpieczyciel ustala rodzaj i wysokość świadczeń, jeśli stwierdzi, że istnieje związek przyczynowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub inwalidztwem ubezpieczonego.

Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz inwalidztwa ustalają lekarze na podstawie dokumentacji medycznej. Lekarzy wyznacza ubezpieczyciel. Jeśli są sytuacje sporne, ubezpieczyciel może skierować ubezpieczonego na komisję lekarską.

Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa ustala się:

- niezwłocznie po zakończeniu leczenia i zalecanym leczeniu usprawniającym,
- nie później jednak niż do 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Orzeczenie można wydać wcześniej, jeżeli stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa nie budzi wątpliwości.

Co w sytuacji, gdy funkcje organu, narządu lub układu były już wcześniej (przed nieszczęśliwym wypadkiem) ograniczone wskutek choroby lub inwalidztwa? Wtedy stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku lub inwalidztwa właściwym dla danego organu, narządu lub układu po i przed nieszczęśliwym wypadkiem.

Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa:

- to suma procentów ustalonych dla poszczególnych rodzajów trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa,
- nie może być wyższy niż 100%. Zasada ta obowiązuje nawet, jeśli nieszczęśliwy wypadek spowodował u ubezpieczonego jednocześnie trwały uszczerbek na zdrowiu oraz inwalidztwo.

Jeśli ubezpieczony zmarł z powodów niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem, a wcześniej nie określono stopnia trwałego uszczerbku lub inwalidztwa, ustalają go lekarze. Wyznacza ich ubezpieczyciel.

Jeśli ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, a następnie zmarł wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczyciel wypłaci wyłącznie świadczenie z tytułu śmierci. Jeśli ubezpieczyciel wypłacił przed śmiercią ubezpieczonego świadczenie za trwały uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo, to świadczenie z tytułu śmierci jest różnicą między sumą ubezpieczenia NNW a kwotą już wypłaconą.

Wyłączenia odpowiedzialności dla ryzyka NNW:

Niezależnie od wyłączeń wspólnych dla wszystkich ryzyk ubezpieczyciel nie odpowiada za skutki:

1. poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że wiązało się to z leczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków i zlecił je lekarz;
2. zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą pokarmową;
3. choroby zawodowej oraz innych chorób, nawet występujących nagle lub ujawniających się po nieszczęśliwym wypadku;
4. zakłóceń ciąży lub porodu;
5. prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lub innych środków lokomocji bez wymaganych uprawnień;

6. wad wrodzonych lub chorób tropikalnych;
7. infekcji z zastrzeżeniem, że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli w wyniku ran odniesionych w nieszczęśliwym wypadku ubezpieczony został zakażony wirusem lub bakterią chorobotwórczą. Do ran odniesionych w wypadku nie zalicza się nieznacznych otarć naskórka oraz błony śluzowej; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje następstw zakażeń wirusowych lub bakteryjnych, które powstały w wyniku otarć w czasie nieszczęśliwego wypadku lub później, ale nie dotyczy to wścieklizny oraz tężca;
8. przepuklin brzusznych lub przepuklin pachwinowych;
9. uszkodzenia dysków międzykręgowych;
10. krwawienia z organów wewnętrznych, ale ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli przyczyną powstania tych uszkodzeń był nieszczęśliwy wypadek;
11. wylewów krwi do mózgu, zawałów serca, udarów.

Ubezpieczenie assistance

W ramach ubezpieczenia assistance ubezpieczyciel udostępnia całodobową infolinię medyczną gwarantującą:

- informację o aptekach, ich adresach oraz godzinach otwarcia;
- informację o placówkach medycznych ubezpieczyciela i służby zdrowia;
- informację o placówkach diagnostycznych;
- informację o placówkach rehabilitacyjnych;
- jedną telefoniczną konsultację medyczną z lekarzem internistą;
- organizację rehabilitacji związanej z nieszczęśliwym wypadkiem, którą zlecił lekarz prowadzący;
- organizację u lekarza specjalisty jednej wizyty związanej z nieszczęśliwym wypadkiem.

Ubezpieczenie kosztów leczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego. Ubezpieczenie obejmuje nieszczęśliwe wypadki w czasie podróży ubezpieczonego.

Czym są koszty leczenia?

To wydatki, które ubezpieczony poniósł na terenie Polski w związku z nieszczęśliwym wypadkiem na:

- transport z miejsca zdarzenia do placówki medycznej,
- zakup lekarstw i środków opatrunkowych, które przepisał lekarz,
- doraźną pomoc lekarską lub ambulatoryjną,
- badania diagnostyczne, które zlecił lekarz,
- zabiegi chirurgiczne niezbędne w leczeniu i które zalecił lekarz prowadzący.

Wypłata świadczenia:

Kiedy i w jakiej wysokości ubezpieczyciel wypłaci świadczenie?

Ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu koszty leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku do wysokości sumy ubezpieczenia kosztów leczenia. Nie ma znaczenia, czy ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, czy inwalidztwa. Ubezpieczyciel zwróci koszty na podstawie oryginałów rachunków lub faktur. Są to imiennie wystawione dokumenty na ubezpieczonego do 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Wyłączenia odpowiedzialności dla ryzyka kosztów leczenia:

Niezależnie od wyłączeń wspólnych dla wszystkich ryzyk ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty leczenia, jeżeli powstały w wyniku:

1. leczenia niezwiązanego z pomocą medyczną udzieloną w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
2. leczenia sanatoryjnego, kuracji w domach wypoczynkowych lub ośrodkach leczenia uzależnień, pobytów w ośrodkach i hotelach spa;
3. leczenia psychoanalitycznego i psychoterapeutycznego;
4. leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
5. operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych;
6. leczenia zaburzeń psychicznych lub depresji, nawet jeżeli są następstwem nieszczęśliwego wypadku;
7. specjalnego odżywiania ubezpieczonego, masaży, kąpeli, inhalacji, gimnastyki leczniczej lub naświetlenia (nawet gdy zalecił je lekarz) oraz innych zabiegów rehabilitacyjnych i fizyoterapeutycznych;
8. leczenia lekami, których nie uznaje medycyna konwencjonalna.

Ubezpieczenie kosztów ratownictwa w wersji Travel Sport Plus

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego. Ubezpieczenie obejmuje nieszczęśliwe wypadki w czasie podróży ubezpieczonego.

Co oznaczają koszty ratownictwa?

To koszty:

- poszukiwań ubezpieczonego na terenie Polski przez wyspecjalizowane służby ratownictwa,
- udzielenia ubezpieczonemu doraźnej pomocy medycznej na miejscu zdarzenia,
- transportu ubezpieczonego z miejsca wypadku do najbliższego wymaganego stanem zdrowia punktu opieki medycznej z użyciem specjalistycznych środków transportu takich jak sanie, helikopter, tobogan lub motorówka.

Wypłata świadczenia:

Kiedy i w jakiej wysokości ubezpieczyciel wypłaci świadczenie?

Ubezpieczyciel pokryje niezbędne i udokumentowane koszty akcji ratowniczej lub poszukiwawczej. Prowadzą ją wyspecjalizowane służby ratownicze, aby ratować życie lub zdrowie ubezpieczonego, gdy uległ nieszczęśliwemu wypadkowi w czasie uprawiania sportu na terenie Polski. Ubezpieczyciel pokryje koszty ratownictwa do wysokości sumy ubezpieczenia kosztów ratownictwa.

Ubezpieczenie kosztów rehabilitacji

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego. Ubezpieczenie obejmuje nieszczęśliwe wypadki w czasie podróży ubezpieczonego.

Czym są koszty rehabilitacji?

To koszty, które ubezpieczony poniósł na terenie Polski w związku z nieszczęśliwym wypadkiem na:

- konsultacje i zabiegi rehabilitacyjne, które zalecił lekarz prowadzący,
- wypożyczenie lub zakup drobnego sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego, zaleconego i wpisanego do dokumentacji medycznej.

Wypłata świadczenia:

Kiedy i w jakiej wysokości ubezpieczyciel wypłaci świadczenie?

Ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty rehabilitacji skutków nieszczęśliwego wypadku:

- do wysokości sumy ubezpieczenia kosztów rehabilitacji (niezależnie od tego, czy ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa),
- na podstawie oryginałów rachunków lub faktur, które imiennie wystawiono na ubezpieczonego do 12 miesięcy od nieszczęśliwego wypadku.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym

To odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego w życiu prywatnym za szkody:

- osobowe (spowodowanie śmierci, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia) lub
- rzeczowe (uszkodzenie lub zniszczenie mienia), które ubezpieczony wyrządził czynem niedozwolonym osobom trzecim w trakcie podróży, a które musi naprawić w myśl przepisów polskiego prawa.

Ubezpieczenie obejmuje szkody osobowe i rzeczowe, które są następstwem działania lub zaniechania ubezpieczonego w czasie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Wypłata świadczenia:

W jakich przypadkach i w jakiej wysokości ubezpieczyciel wypłaci świadczenie?

W granicach swojej odpowiedzialności ubezpieczyciel:

1. zbada zasadność roszczeń, które zgłoszono wobec ubezpieczonego;
2. pokryje uzasadnione koszty, które zapobiegną zwiększeniu szkody;
3. pokryje koszty opinii rzeczoznawców, których powołano za zgodą ubezpieczyciela, aby ustalić okoliczności lub rozmiar szkody;
4. wypłaci odszkodowanie, które ubezpieczony ma zapłacić osobie poszkodowanej za szkody objęte umową na podstawie zawartej lub zatwierdzonej przez ubezpieczyciela ugody, uznania lub prawomocnego orzeczenia sądu;
5. pokryje koszty wynajęcia obrońcy, który reprezentuje ubezpieczonego w procesie, jeśli wybrał go ubezpieczyciel lub zgodził się na niego.

Suma gwarancyjna i udział własny

Czym jest suma gwarancyjna?

To górna granica odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do jednego ubezpieczonego. Dotyczy wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych, które powstały w czasie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem jej podlimitów dla szkód rzeczowych.

Co oznacza udział własny?

Ubezpieczyciel nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową szkód, które są niższe niż 500 zł dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego w czasie odpowiedzialności. Świadczenie i odszkodowanie, które należą się poszkodowanemu za każde z tych zdarzeń, pomniejsza się o taką kwotę.

Wyłączenia odpowiedzialności:

Niezależnie od wyłączeń wspólnych dla wszystkich ryzyk ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody, które:

1. wyrządzono osobom bliskim;
2. wyrządzono umyślnie przez osoby, za które ubezpieczony ponosi odpowiedzialność;
3. objęto systemem obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, w ramach którego ubezpieczony musiał mieć ochronę ubezpieczeniową;
4. wynikają z posiadania, kierowania, używania lub uruchamiania pojazdów mechanicznych, statków powietrznych lub jednostek pływających;
5. powstały w wyniku przeniesienia choroby na inną osobę;
6. powstały wskutek normalnej eksploatacji przedmiotu lub wskutek jego technicznego zużycia;
7. są następstwem odpowiedzialności kontraktowej (za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania);
8. powstały wskutek czynności związanych z wykonywaniem wszelkiego rodzaju pracy, zawodu lub prowadzeniem przez ubezpieczonego działalności gospodarczej;
9. powstały w wyniku choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych ubezpieczonego oraz ich skutków;
10. powstały wskutek utraty lub uszkodzenia mienia należącego do ubezpieczonego lub mienia innej osoby, z którego korzystał ubezpieczony na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użytkowania, przechowywania lub innej podobnej umowy (nie dotyczy to jednak wynajmu pokoju w hotelu lub w pensjonacie).
11. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody, które powstały w związku z posiadaniem psów, koni oraz zwierząt dzikich i egzotycznych. Nie obejmuje to także bronii siecznej, kłującej i palnej, w tym używania jej w celach sportowych lub do samoobrony.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej związanej z uprawianiem sportu w wersji Travel Sport Plus

To odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego, gdy uprawia sporty objęte umową ubezpieczenia, za szkody:

- osobowe (spowodowanie śmierci, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia) lub
- rzeczowe (uszkodzenie lub zniszczenie mienia),

jeśli wyrządził je czynem niedozwolonym osobom trzecim w trakcie podróży i w związku z uprawianiem sportu. Na mocy tej umowy ubezpieczony zobowiązał się naprawić takie szkody w myśl polskiego prawa.

Ubezpieczenie obejmuje szkody osobowe i rzeczowe, które są następstwem działania lub zaniechania ubezpieczonego w czasie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Wypłata świadczenia:

W granicach swojej odpowiedzialności ubezpieczyciel:

1. zbada zasadność roszczeń, które zgłoszono wobec ubezpieczonego;
2. pokryje uzasadnione koszty, które zapobiegną zwiększeniu szkody;
3. pokryje koszty opinii rzeczoznawców, których powołano za zgodą ubezpieczyciela, aby ustalić okoliczności lub rozmiar szkody;
4. wypłaci odszkodowanie, które ubezpieczony ma zapłacić osobie poszkodowanej za szkody objęte umową na podstawie zawartej lub zatwierdzonej przez ubezpieczyciela ugody, uznania lub prawomocnego orzeczenia sądu;
5. pokryje koszty wynajęcia obrońcy, który reprezentuje ubezpieczonego w procesie, jeżeli wybrał go ubezpieczyciel lub zgodził się na niego.

Suma gwarancyjna i udział własny

Czym jest suma gwarancyjna?

To górna granica odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do jednego ubezpieczonego. Dotyczy to wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych, które powstały w czasie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem jej podlimitów dla szkód rzeczowych.

Co oznacza udział własny?

Ubezpieczyciel nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową szkód, które nie przekraczają 500 zł dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego w czasie odpowiedzialności. Świadczenie i odszkodowanie, które należą się poszkodowanemu za każde z tych zdarzeń, pomniejsza się o taką kwotę.

Wyłączenia odpowiedzialności:

Niezależnie od wyłączeń wspólnych dla wszystkich ryzyk ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody, które:

1. wyrządzono osobom bliskim;
2. wyrządziły umyślnie osoby, za które ubezpieczony ponosi odpowiedzialność;
3. objęto systemem obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, w ramach którego ubezpieczony musiał mieć ochronę ubezpieczeniową;
4. wynikają z posiadania, kierowania, używania lub uruchamiania pojazdów mechanicznych, statków powietrznych lub jednostek pływających;
5. powstały w wyniku przeniesienia choroby na inną osobę;
6. powstały wskutek normalnej eksploatacji przedmiotu lub wskutek jego technicznego zużycia;
7. są następstwem odpowiedzialności kontraktowej (za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania);
8. powstały wskutek czynności związanych z wykonywaniem wszelkiego rodzaju pracy, zawodu lub prowadzeniem przez ubezpieczonego działalności gospodarczej;
9. powstały w wyniku choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych ubezpieczonego oraz ich skutków;
10. powstały wskutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka, zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu lub sportów ekstremalnych, chyba że opłacono dodatkową składkę;
11. powstały wskutek utraty lub uszkodzenia mienia należącego do ubezpieczonego lub mienia innej osoby, z którego korzystał ubezpieczony na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użytkowania, przechowywania lub innej podobnej umowy (nie dotyczy to jednak wynajmu pokoju w hotelu lub w pensjonacie).
12. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody powstałe w związku z posiadaniem psów, koni oraz zwierząt dzikich i egzotycznych. Nie obejmuje to także broni siecznej, kłującej i palnej, w tym używania jej w celach sportowych lub do samoobrony.

Ubezpieczenie sprzętu sportowego w wersji Travel Sport Plus

Definicja:

Czym jest sprzęt sportowy?

To sprzęt, który:

- jest własnością ubezpieczonego,
- wiąże się z dyscypliną sportu, którą ubezpieczony będzie uprawiał podczas podróży.

Sprzęt sportowy to:

- narty do wszelkich odmian narciarstwa z butami, kijkami do nart, deska do snowboardu i wszystkich jego odmian z butami,
- deska do surfingu i wszystkich jego odmian z żaglem (windsurfing) lub latawcem (kitesurfing), deska do wakeboardingu,
- rower,
- specjalistyczny sprzęt do nurkowania z ekwipunkiem.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje sprzęt sportowy, którym bezpośrednio opiekował się ubezpieczony albo gdy:

1. powierzył go zawodowemu przewoźnikowi na podstawie odpowiedniego dokumentu przewozowego;
2. oddał za pokwitowaniem do przechowalni bagażu;
3. pozostawił w zamkniętym na zamek indywidualnym pomieszczeniu bagażowym, skrytkach bagażowych na dworcu lub w hotelu;
4. pozostawił w zamkniętym na zamek pomieszczeniu w miejscu zakwaterowania ubezpieczonego, z wyłączeniem namiotu;
5. pozostawił w zamkniętym na zamek bagażniku pojazdu samochodowego lub w zamkniętym na zamek luku bagażowym albo na parkingu za pokwitowaniem;
6. pozostawił w zamkniętej na zamek kabinie przyczepy kempingowej lub jednostki pływającej.

Ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie za utratę, zniszczenie lub uszkodzenie sprzętu sportowego ubezpieczonego wyłącznie, gdy stało się to wskutek:

- zdarzenia losowego: pożaru, huraganu, powodzi, deszczu nawalnego, gradu, lawiny, bezpośredniego uderzenia pioruna, trzęsienia, zapadania lub osuwania się ziemi;
- zniszczenia lub uszkodzenia ubezpieczonego sprzętu w czasie akcji ratowniczej, prowadzonej w związku ze zdarzeniami losowymi wymienionymi w poprzednim punkcie;
- zniszczenia lub uszkodzenia ubezpieczonego sprzętu podczas uprawiania sportu objętego ochroną ubezpieczeniową;
- wypadku w komunikacji lądowej, wodnej lub powietrznej;
- kradzieży z włamaniem do pomieszczeń (wymienione w punktach 1–6), a także z zamkniętego na zamek bagażnika pojazdu (również bagażnika dachowego w formie zamkniętego pojemnika) samochodowego lub z zamkniętego na zamek luku bagażowego oraz rabunku;
- nieszczęśliwego wypadku, w wyniku którego ubezpieczony nie mógł zaopiekować się sprzętem i należy go chronić;
- zaginięcia, gdy sprzęt znajdował się pod opieką zawodowego przewoźnika na podstawie dokumentu przewozowego.

Wypłata świadczenia:

Ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie za faktyczną szkodę. Ustala się ją na podstawie cen rynkowych uszkodzonego, zniszczonego lub utraconego sprzętu sportowego, które obowiązują w dniu ustalenia odszkodowania. Uwzględnia się przy tym stopień zużycia sprzętu na: 10% za pierwszy rok, 20% za drugi rok oraz 30% za każdy następny rok, który liczy się od daty jego produkcji.

Odszkodowanie nie obejmuje uszkodzeń sprzętu sportowego, które powstały wcześniej, ani naturalnego jego zużycia.

Ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie do wysokości sumy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności:

Niezależnie od wyłączeń wspólnych dla wszystkich ryzyk ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody, które:

1. wynikają z zagubienia lub pozostawienia sprzętu sportowego bez opieki, z wyłączeniem sytuacji wymienionych w punktach 1–6, kiedy sprzęt obejmuje ochrona ubezpieczeniową;
2. polegają wyłącznie na uszkodzeniu lub zniszczeniu pojemników, w których przechowuje się sprzęt sportowy;
3. wynikają z wad ubezpieczonego sprzętu sportowego.

Za co ubezpieczyciel nie odpowiada – wyłączenia wspólne dla wszystkich ryzyk

1. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody powstałe wskutek umyślnego lub rażąco niedbałego działania lub zaniechania działania ubezpieczonego, chyba że zapłata świadczenia w danych okolicznościach odpowiada względem słuszności.
2. Ochrona ubezpieczeniowa ubezpieczyciela nie obejmuje zdarzeń, które powstały w wyniku:
 - 1) działań wojennych, aktów terroryzmu, stanu wojennego, stanu wyjątkowego lub udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, strajkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg i bójkach, z zastrzeżeniem pkt 4;
 - 2) uczestnictwa w zakładach;
 - 3) alkoholizmu ubezpieczonego oraz jego skutków;

- 4) tego, że ubezpieczony jest w stanie po spożyciu alkoholu, przekraczającym dopuszczalne normy spożycia zgodnie z przepisami prawa, zażywania przez niego narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) kierowania pojazdem bez wymaganych prawem uprawnień albo usiłowania lub popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
 - 6) uczestnictwa w wyścigach pojazdów motorowych i motorowodnych, jazdy na odcinkach przeznaczonych do szybkiej jazdy, rajdów, jak również innej jazdy pojazdami motorowymi, w której chodzi o rywalizację, łącznie z towarzyszącymi tym imprezom ćwiczeniami lub treningami, których celem jest osiąganie najwyższych prędkości, również w charakterze pasażera;
 - 7) wypadku lotniczego, jeżeli ubezpieczony kierował lub był pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych;
 - 8) pracy fizycznej lub pełnienia przez ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych;
 - 9) samobójstwa lub usiłowania popełnienia samobójstwa, dokonania samookaleczenia przez ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada, jeżeli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi z umowy ubezpieczenia mogłaby narazić ubezpieczyciela na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.
 4. Ochrona ubezpieczeniowa działa przez 7 dni od rozpoczęcia działań wojennych lub wprowadzenia stanu wojennego lub wyjątkowego na terytorium Polski i obejmuje ich skutki oraz skutki aktów terroryzmu. Nie dotyczy to skutków użycia broni atomowej, biologicznej lub chemicznej. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie istnieje jednak, gdy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej już trwają działania wojenne lub wprowadzono stan wojenny lub wyjątkowy.

Czym jest regres ubezpieczeniowy?

Z dniem wypłaty odszkodowania na ubezpieczyciela przechodzi roszczenie ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem ubezpieczyciela co do pozostałej części.

Na ubezpieczyciela nie przechodzą roszczenia ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca umyślnie wyrządził szkodę.

Ubezpieczony jest zobowiązany udzielić ubezpieczycielowi pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty oraz udzielić niezbędnych informacji.

Jeżeli ubezpieczony bez zgody ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania lub je odpowiednio zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia ujawniono po wypłacie odszkodowania, ubezpieczyciel może żądać zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

Jak długo trwa ochrona ubezpieczeniowa?

Ubezpieczenie możesz kupić na wyjazd, który trwa od 1 dnia do 12 miesięcy.

Start ochrony	Ochrona zacznie działać od wskazanej we wniosku daty rozpoczęcia ochrony, ale nie wcześniej niż po trzech godzinach po opłaceniu składki. Datę i godzinę rozpoczęcia ochrony znajdziesz w polisie ubezpieczeniowej. Ochrona rozpoczyna się nie wcześniej niż wtedy, gdy ubezpieczony rozpoczyna podróż. Pamiętaj, że warunkiem rozpoczęcia ochrony jest opłacenie składki ubezpieczeniowej.
Koniec ochrony	Ochrona kończy się, gdy kończy się podróż, ale nie później niż z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia. Datę zakończenia ochrony ubezpieczeniowej znajdziesz w polisie ubezpieczeniowej.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Jak ubezpieczyciel liczy składkę?

1. Ubezpieczyciel oblicza składkę na podstawie aktualnej taryfy składek, która obowiązuje w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, za czas swojej odpowiedzialności. Ubezpieczyciel ustala składkę w złotych.
2. Składka zależy m.in. od wersji i wariantu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, wysokości sum ubezpieczenia i sum gwarancyjnych. Zwyżki i zniżki składki ubezpieczeniowej ustala się na podstawie wieku ubezpieczonego i formy zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Wysokość składki poznasz już wtedy, gdy składasz wniosek o ubezpieczenie. Opłacasz ją jednorazowo, gdy zawierasz umowę ubezpieczenia. Składkę płacisz ze swojego rachunku bankowego.
4. Jeśli rozwiążesz umowę ubezpieczenia, zanim upłynie przewidziany w niej okres, ubezpieczyciel zwraca składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Ustala się ją proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony.

Obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego

Pamiętaj, że Ty jako ubezpieczający oraz każdy ubezpieczony przekazujecie ubezpieczycielowi wszystkie znane wam okoliczności, o które zapytał, zanim zawarliście umowę ubezpieczenia.

Ubezpieczyciel nie odpowiada za skutki okoliczności, których mu nie ujawniono, bo naruszono te obowiązki. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony naruszył je z winy umyślnej, to w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową i jego następstwa są skutkiem niepodanych lub nieprawdziwych okoliczności.

Obowiązki ubezpieczonego, gdy wystąpi szkoda

Co ubezpieczony powinien zrobić, gdy wystąpi zdarzenie w zakresie NNW, kosztów leczenia, kosztów rehabilitacji, kosztów ratownictwa? Obowiązki:

W miarę możliwości ubezpieczony zapobiega zwiększeniu się szkody i ogranicza jej konsekwencje.

W razie nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony ma:

1. Uzyskać dokumentację medyczną stwierdzającą rozpoznanie – diagnozę lekarską.
2. Zawiadomić ubezpieczyciela o wypadku w ciągu 7 dni od powrotu z podróży i dostarczyć:
 - dokładnie wypełniony formularz zgłoszenia wypadku, który uwzględni wszystkie jego okoliczności,
 - dokumenty niezbędne do tego, aby ustalić zasadność i wysokość świadczenia, w tym m.in. dokumentację medyczną z miejsca wypadku, która potwierdza okoliczności wypadku i rodzaj urazu,
 - inne dowody, jeśli brakuje dokumentacji, która potwierdza, że do wypadku doszło podczas podróży,
 - dokument, który uprawnia do kierowania pojazdem,
 - oryginały opłaconych rachunków.
3. Jeśli ubezpieczonego zmarł, uprawniony wyznaczony imiennie przedkłada dodatkowo dokument tożsamości oraz kopię aktu zgonu. Jeśli nie ma osoby wyznaczonej imiennie, to występujący o wypłatę świadczenia członek rodziny przedstawia dokumenty, które stwierdzają pokrewieństwo lub powinowactwo z ubezpieczonym.

Dokumenty dotyczące zgłoszenia roszczenia:

Zgłoszenie roszczenia o wypłatę odszkodowania powinno zawierać:

- numer polisy,
- szczegółowy opis okoliczności zaistnienia zdarzenia,
- orzeczenie lekarskie, które opisuje rodzaj i charakter obrażeń i zawiera dokładną diagnozę oraz zalecane leczenie,
- wszystkie faktury, rachunki, świadectwa szpitalne, dowody opłat, które pozwolą ubezpieczycielowi określić łączne koszty leczenia ubezpieczonego.

Dodatkowo ubezpieczony na wniosek ubezpieczyciela musi:

- poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, aby określić jego stan zdrowia lub ustalić stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa. Za te badania płaci ubezpieczyciel,
- udostępnić wyniki badań lub dokumenty medyczne o przebiegu leczenia lub udzielić zgody ubezpieczycielowi, aby wystąpił do odpowiednich osób lub instytucji o te dane lub dokumenty,
- udzielić ubezpieczycielowi pisemną zgodę, aby wystąpił do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu, i zweryfikował podane przez niego informacje o jego stanie zdrowia, ustalił prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i jego wysokość – oraz zwolnić te podmioty z zachowania tajemnicy związanej z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi.

Co ubezpieczony powinien zrobić, jeśli chce skorzystać z usługi assistance?

1. Zadzwoń do Centrum Alarmowego i zgłoś prosbę o pomoc pod numerem telefonu +48 (22) 599 91 85 czynnym 7 dni w tygodniu, przez całą dobę; informacje uzyska w języku polskim;
2. Wyjaśnij pracownikowi Centrum Alarmowego okoliczności, w jakich ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, oraz poinformować o ubezpieczeniu, tj.:
 - podać numer polisy,
 - podać imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - podać numer telefonu, pod którym Centrum Alarmowe może skontaktować się z ubezpieczonym bądź jego przedstawicielem,
 - umożliwić lekarzom Centrum Alarmowego dostęp do wszystkich informacji medycznych,
 - stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego i udzielać informacji oraz niezbędnych pełnomocnictw.

Co ubezpieczony powinien zrobić, jeśli chce skorzystać z ubezpieczenia OC w życiu prywatnym lub OC związanego z uprawianiem sportu?

1. W miarę możliwości ma zapobiec zwiększeniu się szkody i ograniczyć jej konsekwencje.
2. Jeśli ubezpieczony dowiedział się, że wystąpiono przeciwko niemu na drogę sądową, powiadamia o tym ubezpieczyciela, nawet gdy już wcześniej zgłosił zdarzenie ubezpieczeniowe.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za koszty, które wynikają z tego, że ubezpieczony nie przystał na zawarcie przez ubezpieczyciela umowy z poszkodowanym lub zaspokojenie jego roszczeń.
4. Po każdym zdarzeniu, którego następstwem jest wyrządzenie przez ubezpieczonego szkody, ubezpieczony:
 - musi niezwłocznie powiadomić Centrum Alarmowe, ale nie później niż w ciągu 7 dni od dnia zdarzenia, które może go obciążać odpowiedzialnością cywilną, i stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego,
 - bez zgody Centrum Alarmowego nie uznawać ani nie zaspokajać roszczeń poszkodowanego oraz nie zawierać z nim jakiegokolwiek umowy czy umowy co do zgłoszonych przez niego roszczeń,
 - musi udzielić pełnomocnictwa osobie wskazanej przez Centrum Alarmowe, aby przeprowadzić sprawę lub odwołać się do sądu cywilnego, jeżeli przeciwko niemu poszkodowany wystąpił na drogę sądową, jeśli takie żądanie zgłosi Centrum Alarmowe,
 - musi przekazać do Centrum Alarmowego natychmiast po otrzymaniu każde wezwanie, pozew i wszelkie inne pisma sądowe doręczone ubezpieczonemu.
5. Jeśli ubezpieczony naruszy z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązki z pkt 4, ubezpieczyciel może zmniejszyć świadczenie. Będzie to w takim stopniu, w jakim naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.

Co ubezpieczony powinien zrobić, jeśli chce skorzystać z ubezpieczenia sprzętu sportowego?

Obowiązki:

1. Ubezpieczony ma zapobiegać powstawaniu szkód, a zwłaszcza zachować staranność w strzeżeniu mienia.
2. Odszkodowanie za utratę sprzętu sportowego przysługuje ubezpieczonemu, jeśli nie odzyska on sprzętu. Gdy ubezpieczony odzyska w stanie nieuszkodzonym sprzęt sportowy, za który ubezpieczyciel wypłacił odszkodowanie, zwraca tę kwotę. Ubezpieczyciel pokrywa jedynie niezbędne koszty związane z odzyskaniem sprzętu sportowego (nie więcej niż do wysokości odszkodowania, jakie byłoby należne, gdyby ubezpieczony nie odzyskał sprzętu sportowego).
3. W razie szkody ubezpieczony musi:
 - zapobiec zwiększeniu jej rozmiarów,
 - zabezpieczyć dowody szkody zarówno w razie utraty, zniszczenia, jak i uszkodzenia sprzętu sportowego,
 - zabezpieczyć rzeczy zniszczone lub uszkodzone, aby umożliwić oględziny przedstawicielowi ubezpieczyciela,
 - niezwłocznie, ale nie później niż w ciągu 12 godzin od zajścia zdarzenia, zawiadomić policję o każdym wypadku kradzieży z włamaniem, rabunku lub zaginięcia przedmiotów objętych ubezpieczeniem. Ubezpieczony powinien mieć pisemne potwierdzenie, które wyszczególnia utracone przedmioty (rodzaj, ilość) i podaje ich wartość,
 - zawiadomić właściwego przewoźnika lub kierownictwo hotelu, domu wczasowego, kempingu itp. o każdej szkodzie, która powstała w publicznym środku komunikacji lub miejscu zakwaterowania. Ubezpieczony powinien mieć pisemne potwierdzenie tego zawiadomienia, które wyszczególnia utracone przedmioty (rodzaj, ilość) i podaje ich wartość
 - uzyskać od odpowiednich władz pisemne potwierdzenie szkody, które wyszczególnia utracone przedmioty (rodzaj, ilość), jeśli całkowicie lub częściowo zniszczyły się wskutek zdarzenia losowego albo akcji ratowniczej,
 - zgłosić do ubezpieczyciela roszczenia o wypłatę odszkodowania w ciągu 7 dni od daty powrotu z podróży.
4. Jeśli ubezpieczony naruszy z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązki z pkt 3, ubezpieczyciel może zmniejszyć świadczenie. Będzie to w takim stopniu, w jakim naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.

Dokumenty dotyczące zgłoszenia roszczenia:

Zgłoszenie roszczenia o wypłatę odszkodowania powinno zawierać:

- numer polisy,
- szczegółowy opis okoliczności zaistnienia szkody,
- spis uszkodzonych lub utraconych przedmiotów, który określa ich wartość oraz rok nabycia, dowody nabycia sprzętu,
- dowody, które potwierdzają utratę, zniszczenie lub uszkodzenie sprzętu sportowego,
- rachunki za naprawę sprzętu w razie uszkodzenia lub zniszczenia; wszystkie naprawy przeprowadza się w Polsce.

Zgłoszenie szkody krok po kroku

1. Kiedy trzeba zgłosić szkodę?

Jeżeli ubezpieczony zgłasza szkodę w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków, kosztów leczenia, kosztów ratownictwa, kosztów rehabilitacji bądź sprzętu sportowego, wypełnia podane obowiązki, ale nie musi od razu zgłaszać szkody do ubezpieczyciela.

Jeśli ubezpieczony chce skorzystać z assistance lub zgłasza szkodę z OC oraz OC związanego z uprawianiem sportu, niezwłocznie (zgodnie z terminami wskazanymi w obowiązkach, jeśli wystąpi szkoda) kontaktuje się z Centrum Alarmowym.

2. Jak kontaktować się z ubezpieczycielem?

Kontakt do Centrum Alarmowego UNIQA: tel.: +48 (22) 599 91 85, SMS: +48 661 001 601.

Centrum Alarmowe działa 7 dni w tygodniu, przez całą dobę i obsługuje w języku polskim lub angielskim.

3. Jak przekazać formularz zgłoszenia szkody?

Należy wypełnić formularz ze strony www.uniqa.pl

(zakładka Dokumenty/ubezpieczenia turystyczne)



W ciągu 7 dni od powrotu z podróży należy wysłać formularz na adres:

- ISON Care Sp. z o.o., ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa
- lub adres e-mail: likwidacja-turystyka@isoncare.eu

4. Jak postępować po zgłoszeniu szkody?

Ubezpieczyciel ustala zasadność roszczenia i wysokość świadczenia i odszkodowania na podstawie dokumentacji, którą określają OWU i opisuje karta produktu. Dokumentację przekazuje ubezpieczony, uprawniony lub osoba trzecia. Ubezpieczyciel może wskazać również inne dokumenty. Jeżeli jest to niezbędne, aby dalej prowadzić postępowanie, ubezpieczyciel w ciągu 7 dni od dnia, kiedy otrzyma zawiadomienie o zdarzeniu, informuje osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty są potrzebne, aby ustalić prawo oraz wysokość świadczenia lub odszkodowania.

Ubezpieczyciel powiadamia o tym pisemnie lub w innej formie, na którą ta osoba się zgodziła.

Nie stosuje się tego przy assistance (świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania), jeżeli ubezpieczyciel spełnił świadczenie bezpośrednio po zgłoszeniu zdarzenia ubezpieczeniowego lub bez przeprowadzania postępowania, które ustala stan faktyczny zdarzenia, zasadność zgłoszonych roszczeń i wysokość świadczenia.

5. W jakim czasie ubezpieczyciel rozpatruje szkodę?

Ubezpieczyciel wypłaci zasadne świadczenie lub odszkodowanie w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzyma zawiadomienie o zdarzeniu ubezpieczeniowym. W szczególnych przypadkach może potrzebować więcej czasu. Terminy wskazuje OWU Postanowienia wspólne, par. 44, pkt 4–6.

Ubezpieczyciel przekazuje decyzję o wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia lub odszkodowania na piśmie lub mailowo i ją uzasadni.

Jeżeli osoba, która dochodzi świadczenia lub odszkodowania, nie zgadza się z decyzją ubezpieczyciela o wysokości świadczenia lub odmowie, może pisemnie odwołać się od niej w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.

Jak można odstąpić od umowy lub zrezygnować z ubezpieczenia?

Odstąpienie od umowy przez ubezpieczającego	<p>Odstąpienie możesz złożyć jedynie Ty jako ubezpieczający i tylko wtedy, gdy umowę zawarłeś na dłużej niż 6 miesięcy. Zrobisz to w terminie:</p> <ul style="list-style-type: none">do 30 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś konsumentem,do 7 dni od jej zawarcia, jeśli jesteś przedsiębiorcą. <p>Umowa ubezpieczenia rozwiąże się z dniem, w którym ubezpieczyciel otrzyma Twoje pisemne oświadczenie o odstąpieniu.</p> <p>Oświadczenie o odstąpieniu możesz złożyć:</p> <ul style="list-style-type: none">pisemnie (osobiście, pocztą, kurierem),mailowo. <p>Jeżeli umowę zawarłeś na okres do 6 miesięcy, nie możesz od niej odstąpić.</p>
Rezygnacja z ubezpieczenia przez ubezpieczonego	<p>Rezygnację może złożyć jedynie ubezpieczony (jeśli umowę zawarto w formie grupowej, czyli tylko na rzecz min. 10 osób).</p> <p>Ubezpieczony może złożyć oświadczenie o rezygnacji ubezpieczycielowi bądź ubezpieczającemu. Ochrona ubezpieczeniowa wobec ubezpieczonego zakończy się z dniem, w którym ubezpieczyciel otrzyma pisemne oświadczenie o rezygnacji.</p> <p>Ubezpieczony może złożyć rezygnację:</p> <ul style="list-style-type: none">pisemnie (osobiście, pocztą, kurierem),mailowo.

Gdy rozwiązujesz umowę ubezpieczenia, płacisz składkę za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej, za okres, w którym zrezygnowałeś z ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel zwróci Ci składkę.

Jak zgłosić reklamację lub skargę?

Każda osoba fizyczna będąca ubezpieczającym, ubezpieczonym lub osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia może wnieść reklamację. Zrobi to także osoba prawna lub spółka bez osobowości prawnej będąca ubezpieczającym, ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej. Więcej informacji podają OWU par. 46 Reklamacje, skargi i zażalenia, pkt 1–15.

Reklamację możesz złożyć:

Ubezpieczyciel	<ul style="list-style-type: none">ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu +48 22 555 05 06 (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora) albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Ubezpieczycielaelektronicznie – poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacjepisemnie – osobiście w naszej siedzibie: UNIQA TU S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo przesyłką pocztową na adres: UNIQA TU S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
mBank	<ul style="list-style-type: none">ustnie – telefonicznie pod numerem mLinii 801 300 800 z telefonów stacjonarnych w Polsce lub +48 426 300 800 (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora) z telefonów stacjonarnych i komórkowych z całego świata alboosobiście – podczas wizyty w placówce (lub u przedstawiciela mBanku)mailowo – na adres: kontakt@mBank.plpisemnie – osobiście w placówce albo na adres: mBank S.A., Wydział Obsługi Klientów, Skrytka Poczтовая 90-959 Łódź 2

Jak ubezpieczyciel bądź my odpowiadamy na reklamację?

Jeśli osoba zgłaszająca reklamację jest konsumentem i o to poprosi, otrzyma odpowiedź pisemnie lub na innym trwałym nośniku, w tym mailowo. Stanie się to w ciągu maksymalnie 30 dni, a w szczególnie skomplikowanych przypadkach – nie później niż do 60 dni.

Co zrobić, jeśli osoba zgłaszająca reklamację nie zgadza się z odpowiedzią?

Jeśli jesteś konsumentem i nie zgadzasz się z odpowiedzią na reklamację (bądź inna osoba zgłaszająca reklamację), możesz wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Na podstawie art. 31 Ustawy z 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl) może prowadzić postępowanie w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami.

Można wystąpić do sądu powszechnego z powództwem ubezpieczyciela lub banku lub zwrócić się o pomoc do Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Ubezpieczyciel i bank podlegają nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Kto może złożyć skargę lub zażalenie?

Podmioty, które nie mają prawa do reklamacji, mogą złożyć skargę lub zażalenie (ustnie, mailem, pocztą lub osobiście). Odpowiedź otrzymają w ciągu 30 dni, a w szczególnie skomplikowanych przypadkach – nie później niż w terminie 90 dni.

Więcej informacji dostępnych jest w OWU, par. 46 Reklamacje, skargi i zażalenia, pkt 14.

Jeśli masz pytania, zachęcamy również do kontaktu z ubezpieczycielem:

napisz na adres: serwis@uniqa.pl

zadzwoń na infolinię pod numer **+48 22 444 70 00**

Informacja o agencie ubezpieczeniowym

1. mBank S.A. z siedzibą w Warszawie (00-850) przy ul. Prostej 18 pełni rolę agenta ubezpieczeniowego.
2. mBank S.A. działa jako agent ubezpieczeniowy dla następujących zakładów:
 - 1) UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna,
 - 2) UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna,
 - 3) Baloise Vie Luxembourg S.A.,
 - 4) Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group,z zastrzeżeniem, iż w przypadku zakładów ubezpieczeń, o których mowa w pkt 3 i 4 powyżej, dystrybucja dotyczy wyłącznie ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym.
3. mBank S.A. jako agent ubezpieczeniowy wpisany jest do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych pod numerem RAU 11124813/A. Rejestr dostępny jest na stronie <https://rpu.knf.gov.pl/>
4. Ponadto:
 - 1) w zakresie danych historycznych – wniosek o udzielenie informacji z rejestru agentów może zostać złożony przez agenta ubezpieczeniowego, a także inną osobę prawną lub osobę fizyczną, których informacje dotyczą,
 - 2) w zakresie informacji, czy z przedsiębiorcą rozwiązano umowę agencyjną z powodu wykonywania działalności z naruszeniem przepisów prawa, staranności lub dobrych obyczajów, oraz informacji, o których mowa w art. 57 ust. 4 i 5 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń – wniosek może złożyć zakład ubezpieczeń lub przedsiębiorca, którego informacja dotyczy, do Polskiej Izby Ubezpieczeń.
5. mBank S.A. nie posiada akcji ani udziałów żadnego zakładu ubezpieczeń uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu ani też żaden zakład ubezpieczeń nie posiada akcji czy udziałów mBanku S.A. uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu.
6. W związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia mBank S.A. otrzymuje wynagrodzenie w formie prowizji uwzględnionej w kwocie składki ubezpieczeniowej.
7. Klient ma prawo złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz możliwość złożenia wniosku o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w sposób określony właściwymi przepisami prawa lub w sposób wskazany przez towarzystwo w umowie ubezpieczenia zawieranej z klientem.