

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW – „BEZPIECZNY KREDYT”

Rodzaj informacji	Numer zapisu z warunków ubezpieczenia
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania	§ 1 OWU § 7 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	§ 12 OWU

WPROWADZENIE

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców – „Bezpieczny Kredyt”, zwane dalej „warunkami ubezpieczenia”, szczegółowo określają zakres i zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej Kredytobiorcom zaciągającym kredyt w FCA–Group Bank Polska S.A.

Podjęcie decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia „Bezpieczny Kredyt” powinno być poprzedzone dokładnym zapoznaniem się z treścią Dokumentu zawierającego informacje o produkcie ubezpieczeniowym oraz niniejszych warunków ubezpieczenia, w szczególności zakresem ochrony ubezpieczeniowej, wysokością sumy ubezpieczenia oraz wyłączeniami odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

DEFINICJE

§ 1.

Przez użyte w warunkach ubezpieczenia pojęcia (niezależnie od tego, czy są pisane z wielkiej, czy też małej litery) należy rozumieć:

1. Administrator – AXA Partners S.A. Oddział w Polsce, część AXA, działająca w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela.
2. Agent ubezpieczeniowy - FCA–Group Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, przy Al. Wyścigowej 6, NIP 521-27-91-919, wpisany do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Komisję Nadzoru Finansowego, wykonujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, w tym w zakresie zawierania umów ubezpieczenia, określany w niniejszych warunkach ubezpieczenia również, jako „Bank”.
3. Centrum Pomocy – jednostka organizacyjna zajmująca się w imieniu Ubezpieczyciela organizacją i świadczeniem usług assistance.
4. Choroba leczona - choroba stwierdzona, co do której lekarz medycyny zalecił wykonanie czynności medycznych, mających na celu wyleczenie lub zmniejszenie dolegliwości Ubezpieczonego, polegających na przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego lub przyjmowaniu środków farmakologicznych lub przeprowadzeniu rehabilitacji. Zalecenie lekarza medycyny powinno zostać utrwalone w dokumentacji medycznej.
5. Choroba stwierdzona – choroba Ubezpieczonego, która była zdiagnozowana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza medycyny po raz pierwszy lub jej rozpoznanie przez lekarza medycyny zostało powtórzone i odnotowane w dokumentacji medycznej. Diagnoza/rozpoznanie może być utrwalone w języku polskim lub innym w sposób uznany i stosowany w medycynie, w formie skrótów albo pod postacią kodu ICD-10.
6. Działalność gospodarcza - prowadzenie działalności gospodarczej we własnym imieniu, na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
7. Dzień wystąpienia zdarzenia – w przypadku zgonu Ubezpieczonego, w tym zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - dzień śmierci wskazany w akcie zgonu; w przypadku Niezdolności do pracy - dzień powstania niezdolności do pracy wskazany w Orzeczeniu o niezdolności do pracy wydanym na okres równy lub dłuższy niż 2 lata, a w przypadku braku wskazania w orzeczeniu daty – dzień wydania orzeczenia; w przypadku Utraty pracy - dzień uzyskania statusu osoby bezrobotnej i nabycia prawa do zasiłku dla bezrobotnych, w przypadku Hospitalizacji – dzień rejestracji Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Hospitalizacja – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej siedem dni, związany z leczeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego, którego nie można leczyć ambulatoryjnie, przy czym w rozumieniu warunków ubezpieczenia dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt; za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni - dzień wypisu ze szpitala;
9. Kredytobiorca – osoba fizyczna, włączając osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą oraz wspólnika w spółce cywilnej, która złożyła Wnioskopolisę, będąca, w dniu złożenia Wnioskopolisy, kredytobiorcą lub Współkredytobiorcą z tytułu umowy kredytu, spełniająca kryteria do objęcia Ochroną ubezpieczeniową, która została przez Ubezpieczyciela objęta Ochroną ubezpieczeniową.
10. Lekarz prowadzący – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której jest mu udzielana pomoc medyczna.
11. Miejsce pobytu Ubezpieczonego – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym przebywa Ubezpieczony, za wyjątkiem pobytu w Placówce medycznej.
12. Nieszczęśliwy wypadek – nagle zdarzenie, spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego będące wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego. Do nieszczęśliwych wypadków w rozumieniu Warunków ubezpieczenia nie zalicza się urazów i chorób związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi, udaru, wylewu krwi, zatrucia, zawału serca oraz wszelkich innych chorób i infekcji nawet tych, które wystąpiły nagle.

13. Niezdolność do pracy - całkowita niezdolność do świadczenia pracy udokumentowana Orzeczeniem o niezdolności do pracy.
14. Ochrona ubezpieczeniowa – ochrona udzielana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia na okres ubezpieczenia zgodny z okresem trwania umowy kredytu, nie dłuższy niż 96 miesięcy, przy czym okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu podpisania Wnioskopolisy wraz z Umową kredytu przez Kredytobiorcę, jednak nie wcześniej niż w dniu opłacenia składki przez Ubezpieczającego
15. Orzeczenie o niezdolności do pracy – wydane na okres równy lub dłuższy niż 2 lata: prawomocne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności Ubezpieczonego, wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niepełnosprawności zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa albo prawomocne orzeczenie wydane przez lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub komisję lekarską Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym bez orzeczenia o celowości przekwalifikowania albo prawomocne orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji.
16. Placówka medyczna – działający zgodnie z przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, świadcząca całodobową, całodzienną lub doraźną opiekę medyczną przez wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską.
17. Suma ubezpieczenia – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela wobec uprawnionego do świadczenia na podstawie warunków ubezpieczenia.
18. Ubezpieczający/Ubezpieczony – Kredytobiorca, który zawarł umowę ubezpieczenia; w przypadku zawarcia jednej Umowy kredytu przez więcej niż jedną osobę fizyczną (Współkredytobiorcę), Umowę ubezpieczenia może zawrzeć każdy Współkredytobiorca pod warunkiem złożenia oświadczeń zawartych we Wnioskopolisie; zawarcie Umowy ubezpieczenia przez Współkredytobiorców musi nastąpić w tym samym dniu.
19. Umowa kredytu – umowa, na podstawie której Bank udzielił Ubezpieczającemu kredytu gotówkowego, w tym kredytu gotówkowego na nabycie pojazdu, przy czym na potrzeby niniejszych warunków ubezpieczenia kredyty z nieregularnymi ratami, czyli kredyty, w którym harmonogram spłaty oprócz rat kapitałowo-odsetkowych płaconych okresowo, przewiduje dodatkowo spłatę raty balonowej na koniec okresu kredytowania oraz kredyty z harmonogramem przewidującym spłaty rat co 12 miesięcy, licząc od dnia zawarcia Umowy kredytu nazywane są kredytami balonowymi.
20. Umowa o pracę – umowa o pracę na czas nieokreślony lub czas określony, zawarta i regulowana Ustawą z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy.
21. Umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia Kredytobiorców „Bezpieczny Kredyt”, zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem poprzez złożenie oświadczeń woli przez Kredytobiorcę i Ubezpieczyciela określonych we Wnioskopolisie.
22. Wnioskopolisa – wniosek Kredytobiorcy o zawarcie z Ubezpieczycielem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, zawierający równocześnie oświadczenie Ubezpieczyciela o potwierdzeniu zawarcia umowy ubezpieczenia na określonych w tych dokumentach warunkach.
23. Ubezpieczyciel – odpowiednio:
 - 1) AXA France VIE Societe Anonyme, zarejestrowana we Francji pod nr 310499959 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex ul. Terrasses de l'Arche, nr 313, kod 92727 - w zakresie ryzyka zgonu oraz zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niezależnie od okresu trwania Umowy ubezpieczenia, a ponadto w zakresie ryzyka Niezdolności do pracy oraz Hospitalizacji, w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na okres równy lub dłuższy niż 5 lat oraz
 - 2) AXA France IARD Societe Anonyme, zarejestrowana we Francji pod nr 722057460 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex ul. Terrasses de l'Arche, nr 313, kod 92727 - w zakresie ryzyka Utraty pracy oraz organizacji lub organizacji i pokrycia kosztów usług assistance, a ponadto w zakresie ryzyka Niezdolności do pracy oraz Hospitalizacji w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na okres krótszy niż 5 lat działające w ramach swobody świadczenia usług w Unii Europejskiej na podstawie notyfikacji Komisji Nadzoru Finansowego odpowiednio z dnia 5 grudnia 2005 r. oraz 25 kwietnia 2005 r.
24. Utrata pracy – w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o Umowę o pracę zawartą na czas nieokreślony lub czas określony dłuższy niż okres trwania Umowy kredytu, utrata zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę Umowy o pracę, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał status bezrobotny i pobiera zasiłek dla bezrobotnych. W przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą, zaprzestanie prowadzenia działalności i wykreślenie wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego i pobiera zasiłek dla bezrobotnych.
25. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiednio: zgon Ubezpieczonego, zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jego niezdolność do pracy, Hospitalizacja albo utrata pracy przez Ubezpieczonego, a także organizacja lub

organizacja i pokrycie kosztów usług assistance. W odniesieniu do Assistance medycznego MediPlan Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 2.

1. W sprawach nieuregulowanych w warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, przepisy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. Pojęcia użyte w warunkach ubezpieczenia mają znaczenie nadane im w warunkach ubezpieczenia oraz umowie kredytu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego, utrata zatrudnienia przez Ubezpieczonego, a także organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług assistance, świadczonych na rzecz Ubezpieczonych za pośrednictwem Centrum Pomocy w przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku w ramach Assistance medycznego MediPlan.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zgon Ubezpieczonego, jego niezdolność do pracy, hospitalizację Ubezpieczonego, utratę zatrudnienia przez Ubezpieczonego oraz organizację i pokrycie kosztów usług assistance, z zastrzeżeniem ust. 4.
3. W razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie obliczone na zasadach określonych w warunkach ubezpieczenia, o ile nie zachodzą okoliczności wyłączające odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
3. Z zastrzeżeniem ust. 3 i 5, w zależności od opcji ubezpieczenia, Ubezpieczyciel obejmie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w następującym zakresie:
 - 1) Opcja 1 Promo – zgon w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Niezdolność do pracy, MediPlan,
 - 2) Opcja 2 Komfort – zgon, Niezdolność do pracy, MediPlan,
 - 3) Opcja 3 Turbo – zgon, Niezdolność do pracy, MediPlan oraz Utrata pracy albo Hospitalizacja,przy czym nie jest możliwe ubezpieczenie w ramach więcej niż jednej Opcji jednocześnie.
4. W Opcji 3 Ubezpieczyciel nie udziela ochrony ubezpieczeniowej z ryzyka Hospitalizacji i Utraty pracy jednocześnie. Ochrona jest zamienna i zależy od źródła uzyskiwania dochodu w Dniu wystąpienia zdarzenia. Z zastrzeżeniem ust. 6 ochrona w zakresie Utraty pracy obejmuje tego Ubezpieczonego, który w Dniu wystąpienia zdarzenia był zatrudniony w oparciu o Umowę o pracę zawartą na czas nieokreślony lub czas określony dłuższy niż okres trwania Umowy kredytu bądź prowadził Działalność gospodarczą. Ochrona z tytułu Hospitalizacji obejmuje tego Ubezpieczonego, który w Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczonego nie był zatrudniony w oparciu o Umowę o pracę zawartą na czas nieokreślony lub czas określony dłuższy niż okres trwania Umowy kredytu bądź nie prowadził Działalności gospodarczej.
5. Jeżeli w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony zawrze Umowę o pracę na czas nieokreślony lub czas określony dłuższy niż okres trwania Umowy kredytu albo rozpocznie prowadzenie Działalności gospodarczej po okresie, w którym był objęty ochroną z tytułu Hospitalizacji, przez kolejne 60 dni od dnia zawarcia Umowy o pracę na czas nieokreślony lub czas określony dłuższy niż okres trwania Umowy kredytu lub uzyskania wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, będzie on nadal objęty ochroną z tytułu Hospitalizacji.

WARUNKI UDZIELENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4.

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) ukończył 18 rok życia i w okresie na który został udzielony kredyt nie ukończy 70 roku życia,
 - 2) ma miejsce zamieszkania w Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) kwota kredytu z wyłączeniem odsetek i prowizji z tytułu wszystkich umów kredytu zawartych z FCA-Group Bank Polska S.A., w związku z którymi Kredytobiorca został objęty ubezpieczeniem na podstawie warunków ubezpieczenia, jest nie większa niż 300 000 złotych,
 - 4) wyraził zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową i złożył oświadczenia zawarte we Wnioskopolisie.
2. Kredytobiorca zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w terminie i na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OKRESU UBEZPIECZENIA

§ 5.

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku złożonego przez Ubezpieczonego w chwili podpisania Wnioskopolisu oraz akceptacji tego wniosku przez Ubezpieczyciela. Wnioskopolis stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia i stanowi potwierdzenie jej zawarcia.
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres ubezpieczenia wskazany we Wnioskopolisie, zgodny z okresem trwania umowy kredytu, nie dłuższy niż 96 miesięcy.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się:
 - 1) w zakresie ubezpieczenia ryzyka zgonu, zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku i Niezdolności do pracy, a także organizacji lub organizacji i pokrycia kosztów usług assistance – następnego dnia po dniu zawarcia umowy kredytu,
 - 2) w zakresie ubezpieczenia ryzyka Hospitalizacji i Utraty pracy - sześćdziesiątego dnia po dniu zawarcia umowy kredytu,pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa i umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - 1) z upływem terminu, określonego w dniu zawarcia umowy kredytu, jako dzień spłaty ostatniej raty, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej,
 - 2) w dniu odstąpienia od umowy kredytu,

- 3) w dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70 roku życia,
 - 4) w dniu śmierci Ubezpieczonego, przy czym w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Współkredytobiorców w ramach jednej Umowy kredytu, śmierć jednego z nich nie powoduje wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do pozostałych Współkredytobiorców,
 - 5) w odniesieniu do ryzyka niezdolności do pracy: w dniu wydania Orzeczenia o niezdolności do pracy na okres równy lub dłuższy niż dwa lata,
 - 6) w dniu wyczerpania Sumy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia, przy czym jeśli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia.
 6. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym złożono wypowiedzenie.
 7. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia albo jej wypowiedzeniu uważa się za złożone Ubezpieczycielowi w dniu jego złożenia Agentowi.
 8. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, na podstawie oświadczenia Ubezpieczonego złożonego Agentowi.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 6.

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej jest płatna jednorazowo przez Ubezpieczającego za cały okres ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa jest płatna w złotych na rachunek Agenta ubezpieczeniowego, w terminach określonych w umowie ubezpieczenia.
3. Do obliczenia wysokości składki przyjmuje się stopę składki określonej we Wnioskopolisie oraz początkową kwotę kredytu, wskazaną w umowie kredytu.
4. Wysokość jednorazowej składki ubezpieczeniowej stanowi iloczyn wyrażonej w złotych początkowej kwoty kredytu oraz stopy składki, w zależności od rodzaju Opcji.
5. Składka płatna jest w wysokości i terminie wskazanym we Wnioskopolisie.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej, przy czym Ubezpieczający upoważnia Agenta do przekazania w jego imieniu składki ubezpieczeniowej Ubezpieczycielowi.
7. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Kredytobiorcę Kredytobiorca traktowany jest tak, jakby nigdy nie został objęty ochroną.
8. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed terminem przewidzianym we Wnioskopolisie Ubezpieczyciel dokona zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki następuje za pośrednictwem Agenta.
9. Ochroną ubezpieczeniową są objęte Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpią w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 7.

1. Sumę ubezpieczenia stanowi kapitał kredytu nie więcej niż 300.000 złotych, na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w odniesieniu do wszystkich umów kredytu, w związku z zawarciem których Kredytobiorca jest ubezpieczony na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, niezależnie od Ubezpieczyciela udzielającego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3 i 4.
2. Poniższa tabela określa wysokość i limity świadczeń dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 3 – 6:

	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Wysokość świadczenia	Limit świadczeń
1)	Zgon, Zgon w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Niezdolność do pracy	Kapitał kredytu	100% sumy ubezpieczenia
2)	Hospitalizacja	Rata kredytu	maksymalnie 12 miesięcznych świadczeń na każde pojedyncze Zdarzenie ubezpieczeniowe i nie więcej niż 12 miesięczne świadczenia na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia
3)	Utrata pracy	Rata kredytu	maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń na każde pojedyncze Zdarzenie ubezpieczeniowe i nie więcej niż 12 miesięczne świadczenia na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia

3. W celu ustalenia sumy ubezpieczenia oraz świadczenia, przez pojęcie Kapitał kredytu rozumie się sumę rat kapitałowych z umowy kredytu, pozostałych do spłaty w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz odsetek zapadłych do tego dnia.
4. W przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty kredytu przez Ubezpieczonego, udzielonego na podstawie umowy kredytu, w celu ustalenia sumy ubezpieczenia oraz świadczenia na wypadek zdarzeń ubezpieczeniowych, przez pojęcie Kapitał kredytu rozumie się sumę rat kapitałowych przypadających do zapłaty bezpośrednio po dniu zdarzenia ubezpieczeniowego, wynikających z harmonogramu spłat, ustalonego w dniu zawarcia Umowy kredytu.
5. W celu ustalenia świadczenia, również w przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty kredytu, przez pojęcie Raty kredytu rozumie się ratę kredytu, ustaloną zgodnie z harmonogramem spłat kredytu obowiązującym w dniu zawarcia umowy kredytu, wymagalną bezpośrednio przed Dniem wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem, że w przypadku kredytów balonowych ratę kredytu oblicza się dzieląc początkową kwotę kredytu przez długość kredytu w miesiącach, wskazaną w dniu zawarcia Umowy kredytu.
6. W przypadku wystąpienia więcej niż jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, które uprawnia do wypłaty świadczenia w wysokości Kapitału kredytu, Ubezpieczonemu

przysługuje świadczenie wyłącznie z tytułu jednego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych. Podstawą ustalenia świadczenia jest zdarzenie ubezpieczeniowe, które zostało zgłoszone Ubezpieczycielowi najwcześniej.

7. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego Kredytobiorcy w ramach jednej umowy kredytu, suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych ochroną w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. Świadczenia z tytułu Utraty pracy oraz Hospitalizacji wypłacane są z dołu, po upływie nieprzerwanego okresów trwania zdarzenia, określonych w tabeli poniżej:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Nieprzerwany okres trwania zdarzenia, po którym Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego świadczenia miesięcznego	Nieprzerwany okres trwania zdarzenia, po którym Ubezpieczony nabywa prawo do każdego kolejnego, pojedynczego świadczenia miesięcznego
Utrata pracy,	30 dni	30 dni
Hospitalizacja	7 dni	30 dni

9. Świadczenie z tytułu Utraty pracy przysługuje jedynie wówczas, gdy przez cały okres trwania zdarzenia, za który ma być wypłacone świadczenie, Ubezpieczony nieprzerwanie posiadał status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, zaś w przypadku utraty pracy trwającej ponad pełny okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych, Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego.
10. Świadczenie z tytułu Utraty pracy przysługuje Ubezpieczonemu, który do dnia rozwiązania Umowy o pracę świadczył pracę nieprzerwanie przez 60 dni na podstawie Umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony albo na czas określony dłuższy niż czas trwania Umowy kredytu lub nieprzerwanie przez 60 dni prowadził Działalność gospodarczą.

ASSISTANCE MEDYCZNY - MediPlan

§ 8.

1. Przedmiot ubezpieczenia stanowi organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług assistance medycznego MediPlan świadczonych na rzecz Ubezpieczonych za pośrednictwem Centrum Pomocy w przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszyły w Okresie ubezpieczenia i miały miejsce na terytorium Polski.
3. Ubezpieczyciel spełnia świadczenia do wysokości limitów wskazanych w Tabeli świadczeń i limitów oraz w opisach poszczególnych świadczeń.
4. Maksymalna liczba świadczeń wynosi 20. Oznacza to, że we wszystkich dostępnych świadczeń Ubezpieczonemu przysługuje łącznie najwyżej 20 świadczeń z zakresu Pomocy medycznej i Pomocy opiekuńczej do wykorzystania na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe. W ramach Maksymalnej liczby świadczeń istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego świadczenia z wyłączeniem świadczeń:
 - 1) Rehabilitacja,
 - 2) Tomografia komputerowa,
 - 3) Rezonans magnetyczny,
 - 4) Opieka pielęgniarska,
 - 5) Sprzęt rehabilitacyjny,
 - 6) Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji,
 - 7) Pomoc domowa po Hospitalizacji,
 - 8) Opieka nad dziećmi,
 - 9) Opieka nad osobami niesamodzielnymi,
 - 10) Opieka nad zwierzętami,
 - 11) Doradca rodziny,
 które to świadczenia mogą być wykorzystane tylko raz w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Jednocześnie w ramach jednego świadczenia możliwe jest wykonanie kilku usług, które traktowane są jako jedno świadczenie z Maksymalnej liczby świadczeń, jeżeli tak przewiduje opis danego świadczenia w Tabeli świadczeń i limitów.

5. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wymienionych w niniejszych OWU przekroczy limit kosztów lub liczby świadczeń wskazany w Tabeli świadczeń i limitów, może zostać wykonana przez Centrum Pomocy, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie kosztu świadczenia lub jego części wykraczającej poza limit.
6. **Świadczenia informacyjno-organizacyjne:**
 - 1) Telefoniczna Informacja Medyczna – na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z personelem pielęgniarskim lub lekarskim, który w miarę posiadanej wiedzy medycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:
 - stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasad jej udzielania,
 - sposobów postępowania w przypadku ukąszeń, użądleń i ugryzień przez zwierzęta,
 - chorób, w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,
 - zasad zdrowego odżywiania i diet (zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatobiałkowych, cukrzykowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, redukcyjnych), sposobów aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
 - profilaktyki: zachorowań na grype, antynikotynowej, cukrzycy, chorób sercowo-naczyniowych, chorób i zwyrodnień kręgosłupa,
 - wyjaśnienia opisów lub wyników wykonanych badań, jeśli Ubezpieczony dostarczy te wyniki do wglądu personelu,
 - sposobów przygotowania się do zabiegów i badań diagnostycznych, przebiegu tych badań i zabiegów, ogólnych informacji o interpretacji wyników badań,
 - profilaktyki chorób związanych z wiekiem lub takich, dla których ryzyko zachorowania jest zależne od wieku – rodzaju i częstotliwości badań profilaktycznych, programach profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych,
 - leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji między lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji,

- alternatywnych metodach leczenia i relaksacji – terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii i innych (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- promocji zdrowia,
- grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym inne problemy zdrowotne, rodzicom ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- działań, które należy podjąć przed podróżą zagraniczną oraz w jej trakcie tj. szczepień, specyfiki poszczególnych krajów lub regionów świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

Ponadto w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej Centrum Pomocy zapewni Ubezpieczonemu możliwość Telefonicznej Konsultacji Medycznej z lekarzem.

- 2) Infolinia szpitalna – Centrum Pomocy udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Polski:

- Placówek medycznych (gabinetów lekarskich, przychodni, spółdzielni lekarskich, szpitali), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Pomocy,
- Placówek medycznych mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych) rekomendowanych przez Centrum Pomocy,
- aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- placówek opieki społecznej i hospicjów, placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy udzieli następujących informacji na temat znajdujących się na terytorium Polski szpitali:

- dostępność szpitali prywatnych,
- zakres świadczeń medycznych realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne (specjalności medyczne, procedury zabiegowe),
- numery telefonów do szpitali, pod którymi Ubezpieczony może zasięgnąć bardziej szczegółowych informacji,
- średnie ceny usług medycznych w poszczególnych szpitalach.

Ponadto Centrum Pomocy poinformuje Ubezpieczonego:

- o czym pamiętać wybierając się do szpitala,
- o czym pamiętać wychodząc ze szpitala,
- na czym polega przygotowanie do zabiegu operacyjnego,
- o badaniach, których powinien się spodziewać pacjent w czasie hospitalizacji wraz z informacją, na czym poszczególne badania polegają,
- na co należy zwrócić uwagę w czasie odwiedzin bliskich w szpitalu.

- 3) Doradca rodziny - w przypadku, gdy w związku z wystąpieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub osoby mu bliskie nie radzą sobie z nową, trudną sytuacją życiową, Centrum Pomocy zapewni telefoniczną pomoc Doradcy rodziny, który:

- Udzieli porad formalno-prawnych dotyczących uzyskiwania usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych w ramach systemu zabezpieczenia społecznego, uzyskiwania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, adaptacji miejsca zamieszkania do potrzeb osoby trwale niepełnosprawnej, formalności związanych z otwarciem testamentu i nabyciem spadku, ustanowienia nowego uposażonego w umowach ubezpieczenia, ustanowienia pełnomocnika do rachunku bankowego,
- Udzieli porad finansowych dotyczących uzyskiwania świadczeń pieniężnych z ZUS i KRUS (renta, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, renta rodzinna, zasiłek pogrzebowy), uzyskiwania świadczeń z tytułu umów ubezpieczeń, uzyskiwania świadczeń należnych rodzinie z zakładu pracy, dostępu do środków zgromadzonych na rachunkach bankowych, uzyskiwania dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i inne środki pomocnicze,
- Zapewni wsparcie w życiu codziennym polegające na organizacji zakupów artykułów pierwszej potrzeby, usług sprzątania, przygotowywania posiłków, opieki nad dziećmi, pomocy dzieciom w nauce.

Świadczenie Doradcy rodziny nie pokrycia innych kosztów niż organizacja – koszty organizowanych usług i zakupionych przedmiotów pokrywa Ubezpieczony.

Informacje udzielane w ramach infolinii mają charakter ogólny i nie mogą stanowić ostatecznej porady czy opinii prawnej.

7. **Pomoc medyczna** – świadczenia medyczne organizowane przez Centrum Pomocy w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego po wystąpieniu Nieszczęśliwego wypadku:

- 1) Konsultacja lekarza specjalisty – organizacja i pokrycie kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza jednej z następujących specjalności:

- chirurg,
- okulista,
- otolaryngolog,
- ortopeda,
- kardiolog,
- neurolog,
- pulmonolog,
- lekarz rehabilitacji,
- neurochirurg,
- psychiatra.

- 2) Zabiegi ambulatoryjne – organizacja i pokrycie kosztów zabiegów medycznych wykonanych na rzecz Ubezpieczonego w warunkach ambulatoryjnych.
- 3) Zabiegi pielęgniarstwie – organizacja i pokrycie kosztów zabiegów pielęgniarstwie wykonanych na rzecz Ubezpieczonego w warunkach ambulatoryjnych lub, w przypadku zabiegów możliwych do wykonania w warunkach domowych, w miejscu pobytu Ubezpieczonego.

- 4) Badania laboratoryjne – organizacja i pokrycie kosztów badań laboratoryjnych Ubezpieczonego.

- 5) **Badania radiologiczne** – organizacja i pokrycie kosztów badań radiologicznych Ubezpieczonego.
- 6) **Badania ultrasonograficzne** – organizacja i pokrycie kosztów badań ultrasonograficznych Ubezpieczonego.
- 7) **Rehabilitacja** – organizacja i pokrycie kosztów wizyt fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lub wizyt Ubezpieczonego w najbliższej Miejscu pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej.
- 8) **Tomografia komputerowa** – organizacja i pokrycie kosztów badania tomografii komputerowej Ubezpieczonego.
- 9) **Rezonans magnetyczny** – organizacja i pokrycie kosztów badania Ubezpieczonego rezonansem magnetycznym.

Zakres procedur medycznych i diagnostycznych, z których może skorzystać Ubezpieczony, wskazany jest w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

8. **Pomoc opiekunicza** – świadczenia organizowane przez Centrum Pomocy po wystąpieniu Nieszczęśliwego wypadku, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego lub zalecenie Lekarza Centrum Pomocy wydane w oparciu o dokumentację medyczną:

- 1) **Sprzęt rehabilitacyjny** – organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego oraz dostarczenia go do Miejsca pobytu Ubezpieczonego.

- 2) **Transport i pobyt osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego** – organizacja i pokrycie kosztów podróży osoby wskazanej przez Ubezpieczonego z miejsca jej pobytu na terytorium Polski do miejscowości, w której Ubezpieczony jest hospitalizowany oraz podróży powrotnej po zakończeniu hospitalizacji Ubezpieczonego, a także jej pobytu w hotelu o standardzie do trzech gwiazdek. Warunkiem organizacji tego świadczenia jest hospitalizacja Ubezpieczonego przez 4 dni lub dłużej w Placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

- 3) **Transport medyczny** – organizacja i pokrycie kosztów transportu Ubezpieczonego środkami transportu dostosowanym do jego stanu zdrowia (o wyborze środka transportu decyduje Centrum Pomocy):

- Transport z miejsca zdarzenia lub miejsca pobytu Ubezpieczonego do Placówki medycznej,
- Transport pomiędzy Placówkami medycznymi, jeśli Ubezpieczony jest skierowany na kontynuację leczenia lub badania albo zabiegi w innej Placówce medycznej niż ta, w której znalazł się w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego (również transport powrotny do tej placówki po badaniach lub zabiegach, jeśli dotyczy),
- Transport powrotny z Placówki medycznej, w której miała miejsce Hospitalizacja do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
- Transport na wizytę kontrolną po Hospitalizacji wraz z transportem powrotnym,
- Transport na komisję lekarską wraz z transportem powrotnym.

Podczas każdego rodzaju transportu Ubezpieczonemu może towarzyszyć osoba przez niego wskazana.

- 4) **Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala** – organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia Ubezpieczonemu artykułów pierwszej potrzeby: odzieży, przyborów toaletowych, artykułów higienicznych, kosmetyków, okularów. Świadczenie nie obejmuje kosztów zakupu rzeczy osobistych.

- 5) **Dostarczenie leków** – organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia Ubezpieczonemu przepisanych leków, jeśli Ubezpieczony nie może opuścić Miejsca pobytu. Świadczenie nie obejmuje kosztów zakupu leków.

- 6) **Pomoc domowa po Hospitalizacji** – organizacja i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pomocy domowej w Miejscu pobytu Ubezpieczonego, jeśli Ubezpieczony nie może skorzystać w tym zakresie z pomocy domowników. Świadczenie obejmuje:

- Zakup artykułów pierwszej potrzeby: żywności, kosmetyków, środków czystości,
- Codzienne porządki domowe,
- Przygotowanie lub dostarczenie posiłków,
- Opiekę nad zwierzętami domowymi (psami, kotami, gryzoniami, ptakami),
- Opiekę nad roślinami doniczkowymi.

Świadczenie nie obejmuje kosztu zakupionych artykułów ani kosztu materiałów używanych do realizacji Pomocy domowej.

- 7) **Dostarczenie zakupów spożywczych** – organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia do Miejsca pobytu Ubezpieczonego artykułów spożywczych, jeśli Ubezpieczony nie może skorzystać w tym zakresie z pomocy domowników. Świadczenie nie obejmuje kosztu zakupionych artykułów spożywczych.

- 8) **Opieka nad dziećmi** – organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi Ubezpieczonego w jego miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług. Warunkiem organizacji świadczenia jest pisemna zgoda Ubezpieczonego oraz zapewnienie dostępu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

- 9) **Opieka nad osobami niesamodzielnymi** – organizacja i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi (osobami z niepełnosprawnością lub ograniczoną sprawnością ruchową) nad którymi wyłączną opiekę sprawuje Ubezpieczony w jego miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług. Warunkiem organizacji świadczenia jest pisemna zgoda Ubezpieczonego oraz zapewnienie dostępu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

- 10) **Opieka nad zwierzętami** – organizacja i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi (psami, kotami, gryzoniami, ptakami) nad którymi wyłączną opiekę sprawuje Ubezpieczony w jego miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług. Warunkiem organizacji świadczenia jest pisemna zgoda Ubezpieczonego, zapewnienie dostępu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz przedstawienie potwierdzenia aktualnych szczepień właściwych dla zwierzęcia danego gatunku. Świadczenie nie jest organizowane w przypadku psów ras agresywnych.

9. Tabela świadczeń i limitów

Świadczenia	Limit
Telefoniczna Informacja Medyczna	Świadczenia organizacyjno-informacyjne
Infolinia szpitalna	bez limitu

Doradca rodziny	
Maksymalna liczba świadczeń Pomocy medycznej i Pomocy opiekunicznej do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego: 20	
Konsultacja chirurga	1 wizyta stanowi 1 świadczenie
Konsultacja okulisty	
Konsultacja otolaryngologa	
Konsultacja ortopedy	
Konsultacja kardiologa	
Konsultacja neurologa	
Konsultacja pulmonologa	
Konsultacja lekarza rehabilitacji	
Konsultacja neurochirurga	
Konsultacja psychiatry	
Zabiegi ambulatoryjne	1 zabieg stanowi 1 świadczenie
Badania laboratoryjne	Wszystkie badania zlecone w związku z tym samym Zdarzeniem stanowią 1 świadczenie
Badania radiologiczne	1 badanie stanowi 1 świadczenie
Badania ultrasonograficzne	1 badanie stanowi 1 świadczenie
Rehabilitacja	Maks. 20 zabiegów (stanowiących łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Opieka pielęgniarska	Maks. 3 wizyty (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Sprzęt rehabilitacyjny	Maks. koszt zakupu / wypożyczenia: 600 PLN na Zdarzenie ubezpieczeniowe Dostarczenie: 1 usługa stanowi 1 świadczenie
Transport osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji	1 usługa stanowi 1 świadczenie
Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji	Maks. 3 doby hotelowe (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Transport do Placówki medycznej	1 usługa stanowi 1 świadczenie
Transport pomiędzy Placówkami medycznymi	
Transport z Placówki medycznej	
Transport na wizytę kontrolną lub komisję lekarską oraz transport powrotny	
Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala	Maks. 3 wizyty po 4 godziny każda w okresie kolejnych 14 dni (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Dostarczenie leków	
Pomoc domowa po hospitalizacji	Maks. 3 wizyty po 4 godziny każda w okresie kolejnych 14 dni (stanowiące łącznie 1 świadczenie) na Zdarzenie ubezpieczeniowe

10. Realizacja świadczeń assistance medycznego MediPlan

- 1) W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego skontaktować się z Centrum Pomocy pod numerem telefonu + 48 22 575 95 66 i podać informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do realizacji świadczeń:

- Imię i nazwisko Ubezpieczonego,
- Numer PESEL,
- Datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jego krótki opis,
- Dane do kontaktu zwrotnego (numer telefonu, adres e-mail),
- Informację, jakie świadczenie ma zostać zorganizowane,
- Dodatkowe dokumenty wymagane zgodnie z opisem danego świadczenia.

- 2) W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:

- Do 5 dni roboczych w przypadku konsultacji lekarzy specjalistów,
 - Do 3 dni roboczych w przypadku pozostałych świadczeń,
- o ile Ubezpieczony nie wskaże konkretnego usługodawcy lub innego terminu realizacji świadczenia.

- 3) W przypadku odmowy uznania odpowiedzialności Centrum Pomocy pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o jej przyczynach.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 9.

1. Wszelkie dokumenty wymagane w związku ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu **zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zgonu, niezdolności do pracy, utraty pracy lub hospitalizacji** powinny być złożone:

- a. pocztą na adres Administratora - AXA, ul. Prosta 68, Budynek Proximo, 00-838 Warszawa lub
- b. pocztą elektroniczną - na adres: clp.pl@partners.axa lub
- c. faxem - na numer: +48 22 526 28 01

2. W celu uzyskania świadczeń z tytułu **MediPlan**, Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie skontaktować się z Centrum Pomocy pod numerem telefonu +48 22 575 95 66.

3. Agent przekazuje do Ubezpieczyciela kopię Wnioskopisli oraz informację o wysokości kapitału kredytu lub raty kredytu, jeżeli jest to konieczne do ustalenia wysokości świadczenia.

4. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia, należy złożyć formularz zgłoszenia roszczenia oraz następujące dokumenty:

- 1) w przypadku zgonu/ zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub kartę zgonu zawierającą określenie przez lekarza przyczyny zgonu,
- 2) w przypadku Niezdolności do pracy - Orzeczenie o niezdolności do pracy wydane na okres równy lub dłuższy niż dwa lata,
- 3) w przypadku Hospitalizacji - kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inne zaświadczenie ze szpitala zawierające informacje o przyczynie i okresie Hospitalizacji Ubezpieczonego, a także oświadczenie o źródle dochodów lub nieuzyskiwaniu dochodów w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, a w przypadku zatrudnienia na podstawie Umowy o pracę, kopię ostatniej (aktualnej na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego) Umowy o pracę; w przypadku Hospitalizacji trwającej dłużej niż 7 dni – comiesięczne zaświadczenie lekarskie potwierdzające każdy kolejny trzydziestodniowy okres hospitalizacji;

- 4) w przypadku Utraty pracy: wydane przez urząd pracy zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego oraz o nabyciu prawa do zasiłku dla bezrobotnych i posiadaniu tego statusu i prawa nieprzerwanie od co najmniej 30 dni; kopię ostatniej Umowy o pracę; świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia; kopię oświadczenia pracodawcy o wypowiedzeniu Umowy o pracę; dla osób prowadzących Działalność gospodarczą zaświadczenie o wykreśleniu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz zaświadczenie potwierdzające zakończenie prowadzenia i wyrejestrowanie Działalności gospodarczej, a także przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego - zaświadczenie wystawiane przez Urząd Pracy poświadczające posiadanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i jego prawo do zasiłku, zaś po ustaniu pełnego okresu pobierania zasiłku – zaświadczenie z Urzędu Pracy, potwierdzające posiadanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego;
- 5) inne dokumenty, których zażąda Ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia uprawnionego do świadczenia, zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.

USTALENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ODSZKODOWAWCZEJ

§ 10.

- Ustalenie zasadności oraz wysokości świadczenia następuje na podstawie pełnej dokumentacji wymaganej przez Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo żądania od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Koszt badań lekarskich ponosi Ubezpieczyciel.
- W przypadku, gdy dokumentacja, doręczona Ubezpieczycielowi nie jest wystarczająca do ustalenia odpowiedzialności, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zażądania dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów niezbędnych do ustalenia uprawnienia do świadczenia, zasadności i wysokości świadczenia. Ubezpieczyciel zastrzega sobie także prawo do zażądania dokumentacji medycznej (m.in. historii choroby, wypisu ze szpitala) oraz pozyskania odpowiednich informacji medycznych u lekarzy prowadzących leczenie, jak również zasięgnięcia na swój koszt opinii lekarzy konsultantów Ubezpieczyciela oraz do uzyskania koniecznych informacji lub materiałów od sądów, policji, prokuratury lub innych organów i instytucji zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel w terminie 7 dni informuje pisemnie lub drogą elektroniczną zgłaszającego roszczenie o otrzymaniu zgłoszenia roszczenia oraz informuje, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej Ubezpieczyciela.
- W przypadku jakichkolwiek pytań, wątpliwości związanych z procesem zgłoszenia roszczenia do Ubezpieczyciela, można zasięgnąć informacji u Administratora pod numer telefonu +48 22 526 29 30, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 11.

- Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest:
 - w przypadku ubezpieczenia ryzyka zgonu lub zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, osoba wskazana przez Ubezpieczonego w odrębnym oświadczeniu, a w razie braku wskazania tej osoby lub w razie jej śmierci osoby w następującej kolejności: małżonek Ubezpieczonego, dzieci i przysposobieni, rodzice i przysposabiający, rodzeństwo, dalsi wstępní, dalsi zstępni, spadkobiercy Ubezpieczonego;
 - w przypadku ubezpieczenia Niezdolności do pracy, Hospitalizacji albo Utraty pracy - osoba wskazana przez Ubezpieczonego w odrębnym oświadczeniu, a w razie braku tego wskazania sam Ubezpieczony.
- Ubezpieczyciel przekazuje świadczenie na rachunek bankowy, wskazany przez Uprawnionego do świadczenia.
- Ubezpieczyciel spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia nie było możliwe w powyższym terminie, to Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie do 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie do 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.
- Jeżeli w powyższych terminach Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, to pisemnie zawiadamia Bank, Ubezpieczającego lub Uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia zgłoszonego roszczenia w całości lub w części.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, to Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie Bank, Ubezpieczającego lub Uprawnionego wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą odmowę zapłaty odszkodowania, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 12.

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia jest wyłączona, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - samobójstwa lub próby samobójstwa Ubezpieczonego, w okresie dwunastu pierwszych miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - aktu wojny (w tym wojny domowej), czynnego uczestnictwa w zamieszkach, aktu terroryzmu lub sabotażu,
 - uczestnictwa Ubezpieczonego w charakterze sprawcy w przestępstwach lub wykroczeniach, które zostały potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądownym,
 - eksplozji atomowej oraz napromieniowania (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
 - umyślnego samookaleczenia się przez Ubezpieczonego lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską

- lub uprawnionych do tego osób, chyba że zabiegi te miały na celu ratowanie życia lub zdrowia Ubezpieczonego, bezpośrednio po wypadku, któremu uległ Ubezpieczony;
- spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażywania narkotyków lub innych środków odurzających, leków dostępnych wyłącznie na receptę jednak nie przepisanych Ubezpieczonemu przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza lub nieszczęśliwego wypadku, powstałego na skutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza, przy czym przez spożycie przez Ubezpieczonego alkoholu rozumie się wprowadzenie przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego stężenie we krwi wynosi powyżej 0,2‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.
 - W przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe: zgon, Niezdolność do pracy albo Hospitalizacja zaszło w okresie pierwszych 12 m-cy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i jest skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił lub choroby stwierdzonej lub choroby leczonej, w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
 - Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy jest wyłączona, jeżeli Utrata pracy nastąpiła wskutek upływu czasu, na który została zawarta Umowa o pracę, rozwiązania Umowy o pracę przez Ubezpieczonego, rozwiązania Umowy o pracę za porozumieniem stron, rozwiązania przez pracodawcę Umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego lub za wypowiedzeniem z przyczyn dotyczących Ubezpieczonego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa pracy.
 - Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w Assistance medycznym MediPlan wyłączone są ponadto zdarzenia powstałe w związku z:
 - chorobami psychicznymi Ubezpieczonego,
 - prowadzeniem pojazdu, jeśli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia,
 - uczestnictwem Ubezpieczonego w bójce, za wyjątkiem przypadku obrony koniecznej,
 - wypadkami przy pracy,
 - wyczynowym i zawodowym uprawianiem wszelkich dyscyplin sportu (udziałem w regularnych treningach, obozach, imprezach i zawodach sportowych),
 - amatorskim uprawianiem sportów: powietrznych, motorowych, motorowodnych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej, wszelkich odmian raftingu, nurkowania, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestnictwem w wyprawach suniwalowych.
 - Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - strajków, niepokoju społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela,
 - ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
 - Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki niezastosowania się Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Pomocy bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Pomocy.

POSTĘPOWANIE REKLAMACYJNE

§ 13.

- Postępowanie odnosi się do wszystkich reklamacji i zapytań zgłaszanych przez Ubezpieczającego, zwanych dalej łącznie „zgłoszeniem”, dotyczących działalności Ubezpieczyciela, wynikającej z niniejszych warunków ubezpieczenia, zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
- Reklamacja w związku ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zgonu, niezdolności do pracy, utraty pracy lub hospitalizacji może zostać złożona:
 - w formie pisemnej:
 - osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub
 - przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela:
AXA
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa,
 - telefonicznie dzwoniąc pod numer telefonu (022) 526 29 30, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00
- Reklamacja w związku ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu MediPlan może zostać złożona do Działu Jakości Ubezpieczyciela:
 - w formie pisemnej:
 - osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub
 - przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela:
Dział Jakości
Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: quality@ipa.com.pl.
- Przesłane zgłoszenia powinny zawierać następujące dane:
 - pełen adres korespondencyjny lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - wskazanie numeru kredytu, w związku z którym zawarta została Umowa Ubezpieczenia,
 - opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające zgłoszenie,
 - oczekiwane działania.

5. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
6. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 6 Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
8. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres korespondencyjny wskazany w ust. 4 pkt 1).
9. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
10. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze warunki ubezpieczenia właściwym jest prawo polskie.
11. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
12. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z umową ubezpieczenia.
13. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl/>.
14. Reklamację może złożyć również klient będący osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na reklamację Takiego klienta w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
15. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji klienta o którym mowa w ust. 14, i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel, w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
16. Niezależnie od postanowień niniejszej procedury Klient może złożyć odwołania od stanowiska Ubezpieczyciela w ramach wewnętrznej procedury. Odwołania takie składa się w sposób wskazany w ust. 2 i 3.

POSTĘPOWANIE REKLAMACYJNE W ZAKRESIE NIEZWIĄZANYM Z OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 14.

1. Postępowanie odnosi się do wszystkich reklamacji i zapytań zgłaszanych przez Ubezpieczającego w zakresie niezwiązanym z ochroną ubezpieczeniową.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - 1) w formie pisemnej:
 - a. osobiście w siedzibie Agenta lub
 - b. przesyłką pocztową na adres Agenta:
FCA Group Bank Polska S.A.
Al. Wyścigowa 6
02-681 Warszawa
 - 2) w formie elektronicznej, pod adresem: info@fcabank.com.pl
3. Przesłane zgłoszenia powinny zawierać następujące dane osoby zgłaszającej reklamację:
 - 1) Imię i nazwisko
 - 2) Adres korespondencyjny
 - 3) Numer umowy kredytu w związku, z którą została zawarta umowa ubezpieczenia
4. W celu ułatwienia i przyspieszenia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, należy złożyć ją niezwłocznie po wystąpieniu okoliczności budzących wątpliwości i zastrzeżenia, chyba że okoliczności wymagające wyjaśnienia nie będą miały wpływu na sposób procedowania z reklamacją.
5. Agent ubezpieczeniowy udzieli odpowiedzi pisemnie niezwłocznie, najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5 termin udzielenia odpowiedzi na reklamację może zostać wydłużony maksymalnie do 60 dni po uprzednim przekazaniu klientowi przyczyn braku możliwości dotrzymania wskazanego wyżej terminu, okoliczności, które wymagają dodatkowego ustalenia oraz określeniu przewidywanego terminu rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 15.

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski kierowane do Ubezpieczyciela w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na adres Administratora:

AXA
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa
Budynek Proximo
2. Powództwo o roszczenia wynikające z realizacji umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego do świadczenia.
3. Niniejsze warunki ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 stycznia 2019 r.

Załącznik nr 1 do OWU – Wykaz procedur medycznych

Proste nacięcia i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych
Nacięcia i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu
Usunięcie szwów
Zmiana opatrunku
Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)
Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojczykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)
Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)
Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn
Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych
Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite
Usunięcie ciała obcego, śródnosowe
Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki
Usunięcia ciała obcego lub złogu w obrębie układu łzowego, przewody łzowe
Wstrzyknięcie podspojówkowe
Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
Zamknięte nastawienie zwichnięcia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną
Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie
Zastosowanie gipsu biodrowego
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego - gips piersiowo-ramienny
Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)
Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)
Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)
Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów
Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
Morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie
Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); nieautomatycznie
Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); automatycznie
Badanie radiologiczne; czaszka
Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; jedna projekcja -- czółowa PA
Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; dwie projekcje -- czółowa PA i boczna
Badanie radiologiczne; żuchwa
Badanie radiologiczne; układ kostny twarzy
Badanie radiologiczne; klatka piersiowa; specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)
Badanie radiologiczne; żebra; jednostronne
Badanie radiologiczne; żebra; obustronne
Badanie radiologiczne; mostek
Badanie radiologiczne; staw lub stawy mostkowo-obojczykowe
Badanie radiologiczne; kręgosłup – całość; badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna
Badanie radiologiczne; kręgosłup szyjny
Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowo-łędźwiowy; w pozycji stojącej (skolioza)
Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowy
Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek piersiowo-łędźwiowy
Badanie radiologiczne; kręgosłup – odcinek łędźwiowo-krzyżowy
Badanie radiologiczne; miednica
Badanie radiologiczne; stawy krzyżowo-biodrowe
Badanie radiologiczne; kość krzyżowa i kość ogonowa
Badanie radiologiczne; obojczyk; całkowite
Badanie radiologiczne; łopátka; całkowite
Badanie radiologiczne; bark
Badanie radiologiczne; stawy barkowo-obojczykowe
Badanie radiologiczne; kość ramienna
Badanie radiologiczne; staw łokciowy
Badanie radiologiczne; przedramię
Badanie radiologiczne; nadgarstek
Badanie radiologiczne; ręka
Badanie radiologiczne; palec (palce) ręki
Badanie radiologiczne; biodro
Badanie radiologiczne; kość udowa
Badanie radiologiczne; kolano
Badanie radiologiczne; oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA
Badanie radiologiczne; piszczel i strzałka
Badanie radiologiczne; staw skokowy
Badanie radiologiczne; stopa
Badanie radiologiczne; kość piętowa
Badanie radiologiczne; jama brzuszna; pojedyncza projekcja PA
Badanie ultrasonograficzne; klatka piersiowa
Badanie ultrasonograficzne; jama brzuszna
Badanie ultrasonograficzne miednicy
Badanie ultrasonograficzne moszny i jej zawartości
Badanie ultrasonograficzne; kończyna; nienaczyniowe
Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości;
Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje

Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna
Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów
Kineziotaping
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza
Galwanizacja
Elektrostymulacja
Tonoliza
Prądy diadynamiczne
Prądy interferencyjne
Prądy Kotza
Prądy Tens
Prądy Traberta
Impulsowe pole magnetyczne
Laseroterapia (skaner, punktowo)
Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (termozele)
Krioterapia – miejscowa
Krioterapia – zabieg w kriokomorze
Tomografia komputerowa; głowa lub mózg; bez kontrastu
Tomografia a komputerowa; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; okolica szczękowo-twarzowa; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; tkanki miękkie szyi; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; klatka piersiowa; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; kręgosłup szyjny; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; odcinek łędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; miednica; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; kończyna górna; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; kończyna dolna; bez kontrastu
Tomografia a komputerowa; jama brzuszna; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; głowa lub mózg; z kontrastem
Tomografia komputerowa; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem
Tomografia a komputerowa; okolica szczękowo-twarzowa; z kontrastem
Tomografia komputerowa; tkanki miękkie szyi z kontrastem
Tomografia komputerowa; klatka piersiowa; z kontrastem
Tomografia komputerowa; kręgosłup szyjny; z kontrastem
Tomografia komputerowa; odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem
Tomografia komputerowa; odcinek łędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem
Tomografia komputerowa; miednica; z kontrastem
Tomografia komputerowa; kończyna górna; z kontrastem
Tomografia komputerowa; kończyna dolna; z kontrastem
Tomografia a komputerowa; jama brzuszna; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; oczodół, twarz i szyja; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek łędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; miednica; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; jama brzuszna; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; oczodół, - twarz i szyja; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek łędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; miednica; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; jama brzuszna; z kontrastem