

UBEZPIECZENIA
W
POLSKIM TOWARZYSTWIE
TURYSTYCZNO-KRAJOZNAWCZYM



Warszawa, 28.06.2018 r.

Spis treści

1.	Ubezpieczenie członków PTTK	3
2.	Ubezpieczenie OC	7
3.	Ubezpieczenie mienia PTTK	8
4.	Krótkoterminowe ubezpieczenie Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych (NNW) uczestników imprez organizowanych lub współorganizowanych przez PTTK)	9
5.	Zawieranie umów generalnych ubezpieczenia podczas zagranicznych wyjazdów (KL, NNW, OC, koszty rezygnacji z imprezy)	10
6.	Ubezpieczenie OC członków PTTK - kadry programowej PTTK, przewodników turystycznych	12
7.	Ubezpieczenie grupowe w Generali Życie TU SA pracowników PTTK, członków władz wpisanych do KRS	16
8.	Pracowniczy Program Zdrowotny (LUX MED)	21
9.	Gwarancja turystyczna AXA	25
10.	Ubezpieczenie z tytułu zarządzania (ubezpieczenie odpowiedzialności ZO)	26

Ubezpieczenia w PTTK w skrócie

Polskie Towarzystwo Turystyczno-Krajoznawcze jako jedno z pierwszych stowarzyszeń w kraju od 2005 roku ubezpiecza swoich członków od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (NNW), swoją działalność statutową oraz kadre, pracowników i wolontariuszy w zakresie ryzyk wynikających z odpowiedzialności cywilnej. Od 2010 roku ZG PTTK przy pomocy brokera Maxima Fides Sp. z o. o. podpisywane są korzystne umowy ubezpieczenia mienia PTTK jednostek organizacyjnych i spółek.

Obecnie ubezpieczycielem Odpowiedzialności Cywilnej i mienia PTTK jest Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A., a ubezpieczycielem ryzyka Następstw Nieszczęśliwych Wypadków jest - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna.

Nadal funkcjonują trzy umowy ubezpieczeniowe: NNW, OC i majątkowa (obejmująca ryzyko uszkodzenia i zniszczenia rzeczy, utraty przychodów oraz ubezpieczenie sprzętu elektronicznego).

I. Ubezpieczenie członków PTTK

19 stycznia 2018 r. przedstawiciele ZG PTTK podpisali w imieniu Towarzystwa trzyletnią Umowę ubezpieczeniową z **Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna** (TO50/000429/17/A).

Ubezpieczeniem objęci są członkowie PTTK posiadających ważną legitymację PTTK (z aktualnie opłaconą składką członkowską) w okresie ochrony ubezpieczeniowej tj.:

- od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2019r. w przypadku opłacenia składki za rok 2018,
- od dnia 1 kwietnia 2019 r. do dnia 31 marca 2020r. w przypadku opłacenia składki za rok 2019,
- od dnia 1 kwietnia 2020 r. do dnia 31 marca 2021r. w przypadku opłacenia składki za rok 2020.

Uwaga! Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu składki członkowskiej, lecz nie wcześniej niż od dnia 1 kwietnia 2018r. w przypadku opłacenia składki za rok 2018 albo 1 kwietnia 2019r. w przypadku opłacenia składki za rok 2019 itd., natomiast osoby zwolnione z opłacenia składki członkowskiej od dnia złożenia zapotrzebowania na znaczek.

W ramach umowy ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. obejmuje ochroną ubezpieczeniową wszystkich członków PTTK z opłaconą składką członkowską bez względu na WIEK oraz osoby wyznaczone przez PTTK do obsługi imprez organizowanych przez PTTK (podczas prac przygotowawczych i zamykających ich organizację), również gdy nie są członkami PTTK.

W zakresie nieuregulowanym umową mają zastosowanie **Ogólne Warunki Ubezpieczenia Biznes&Podróż** z dnia 24 września 2018 r. (PAT/OW071/1809).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. **W zakresie ubezpieczenia NNW - Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych 24h/dobę na terytorium całego świata.**
2. **Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie NNW obejmuje świadczenia z tytułu:**
 - a) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - b) uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu u Ubezpieczonego,

- d) zwrotu kosztów nabycia protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - e) zwrotu kosztów operacji kosmetycznych Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) zwrotu udokumentowanych kosztów rehabilitacji w wyspecjalizowanych placówkach medycznych,
 - g) dziennego świadczenia szpitalnego.
- 3. W zakresie ubezpieczenia kosztów leczenia oraz assistance poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, ochrona obejmuje:**
- a) ubezpieczenie kosztów leczenia,
 - b) ubezpieczenie kosztów transportu i repatriacji,
 - c) zwrotu kosztów ratownictwa Ubezpieczonego,
 - d) ubezpieczenie bagażu,
 - e) ubezpieczenie kosztów udzielenia natychmiastowej pomocy „ASSISTANCE”.

W ramach umowy ubezpieczenia **Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A** udziela **ochrony ubezpieczeniowej na terytorium całego świata w zakresie:**

- 1) trwałego uszczerbku na zdrowiu (suma ubezpieczenia **25.000 PLN**),
- 2) śmierci Ubezpieczonego (suma ubezpieczenia **12.500 PLN**),
- 3) śmierci Ubezpieczonego na skutek wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu (suma ubezpieczenia **8.000 PLN**),
- 4) zawału serca lub udaru mózgu (suma ubezpieczenia **8.000 PLN**),
- 5) refundacji kosztów nabycia protez i środków pomocniczych (suma ubezpieczenia **3.000 PLN**),
- 6) refundacji kosztów operacji kosmetycznych (suma ubezpieczenia **3.000 PLN**),
- 7) kosztów rehabilitacji w wyspecjalizowanych placówkach medycznych (suma ubezpieczenia **5.000,00 PLN**),
- 8) dziennego świadczenia szpitalnego (suma ubezpieczenia **1.500 PLN**),
- 9) kosztów ratownictwa na terytorium całego świata (suma ubezpieczenia **5.000 EUR** na jedno zdarzenie),
- 10) ubezpieczenia bagażu w KL (suma ubezpieczenia **2.000,00 PLN**).

W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu przekraczającego 24%, wysokość świadczenia z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu ustalana jest progresywnie, tj. jako iloczyn sumy ubezpieczenia określonej w umowie, wartości procentowej doznanego uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu i współczynnika progresji według poniższej Tabeli:

Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu	Procent wypłacanej sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała na zdrowiu
do 24 %	1,0%
od 25 % do 100 %	1,5%

Potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia przez członka PTTK i prawa do korzystania ze świadczeń ubezpieczeniowych jest wklejony w legitymacji PTTK znaczek członkowski na dany rok kalendarzowy. W szczególnych przypadkach udokumentowaniem zawarcia umowy ubezpieczenia może być, za zgodą przedstawiciela Towarzystwa Ubezpieczeniowego, potwierdzenie opłacenia składki członkowskiej dokonane w kasie oddziału nie później niż w dniu poprzedzającym zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową. W przypadku członków PTTK zwolnionych z opłacania składek członkowskich ubezpieczenie rozpoczyna się od dnia wpływu do Biura ZG PTTK zamówienia oddziału PTTK na znaczki członkowskie bezpłatne.

Oddział PTTK, zgodnie z zawartą Umową Ubezpieczenia, jest zobowiązany do:

- a. posiadania w Oddziałach PTTK **list członków** stowarzyszenia **zawierających imię, nazwisko oraz datę opłacenia przez nich składki członkowskiej lub też datę nieodpłatnego zamówienia znaczka** potwierdzających ważność legitymacji dla osób zwolnionych z opłacania składki członkowskiej.
- b. udostępnienia na prośbę ERGO HESTIA lub poszkodowanego listy ubezpieczonych lub jej kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez reprezentanta Oddziału PTTK.
- c. przechowywania przez okres 3 lat, licząc od dnia zakończenia umowy ubezpieczenia, wszystkich dokumentów związanych z wykonaniem niniejszej umowy (w szczególności dokumentów potwierdzających członkostwo w PTTK) oraz do ich udostępnienia na każde żądanie ERGO HESTIA.

Uwaga! W przypadku niewykonania ww. obowiązków ERGO HESTIA może wstrzymać się z wypłatą świadczenia.

Składka na ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków wnoszona jest ze składek członkowskich PTTK.

Oddział PTTK musi dysponować w swojej siedzibie wydrukami dokumentów związanych z ubezpieczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków, otrzymanymi z Biura Zarządu Głównego PTTK.

Obowiązki Ubezpieczonego w razie powstania wypadku

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 24 godzin, zgłosić się do lekarza i zastosować do jego zaleceń oraz podjąć działania mające na celu zmniejszenie skutków nieszczęśliwego wypadku, w tym Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się zaleconemu przez lekarzy leczeniu, przez co rozumie się wszelkie formy terapii, zabiegi operacyjne, rehabilitację i inne działania medyczne mające na celu poprawę stanu zdrowia Ubezpieczonego.
2. W razie zajścia nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza granicami RP – związanego z ubezpieczeniem kosztów leczenia i assistance podczas podróży zagranicznej – Ubezpieczony zobowiązany jest do postępowania zgodnie z poniższymi postanowieniami:
przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie bezwzględnie i niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do **Centrum Alarmowego Mondial Assistance** tel. + 48 (22) 522 29 90, (22) 232 29 90,
 - a) z zastrzeżeniem że w przypadku wymagającym wezwania karetki, należy to zrobić we własnym zakresie i następnie skontaktować się z Centrum Alarmowym,
 - b) dokładnie wyjaśnić pracownikowi Centrum Alarmowego okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje, jakiej pomocy potrzebuje oraz podać niezbędne informacje o ubezpieczeniu numer polisy, imię i nazwisko Ubezpieczonego, numer kontaktowy),
 - c) umożliwić lekarzom Centrum Alarmowego dostęp do wszystkich informacji medycznych,
 - d) stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
 - e) kontakt z Centrum Alarmowym i uzyskanie gwarancji pokrycia kosztów leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, a także kosztów transportu medycznego i transportu zwłok są warunkiem przyjęcia odpowiedzialności ERGO HESTII.
3. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę odszkodowania Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć ERGO HESTII w ciągu 7 dni od daty zakończenia leczenia wraz z dokumentami i informacjami niezbędnymi do rozpatrzenia wniosku o wypłatę, w tym w szczególności:
 - a) numer polisy,
 - b) szczegółowy opis okoliczności zdarzenia;

- c) kopię diagnoz lekarskich i innych dokumentów stwierdzających przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej,
 - d) kopię rachunków za opłatą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia;
4. Szkodę do ERGO HESTIA można zgłosić:
- 4.1 w formie elektronicznej na adres e-mail: szkodybroker@ergohestia.pl
 - 4.2 poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl
 - 4.3 ustnie – telefonicznie pod nr telefonu 801 107 107 lub 58 555 5 555 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce ERGO HESTIA.
 - 4.4 W przypadku zgłoszenia szkody na adres szkodybroker@ergohestia.pl Ubezpieczony lub Uposażony zobowiązany jest załączyć kwestionariusz „Zgłoszenia szkody” stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszej Umowy oraz do udzielenia wszelkich informacji, wyjaśnień i przesłania wymaganych dokumentów do ERGO HESTIA.
5. Ubezpieczony jest zobowiązany poddać się badaniu przez lekarza wyznaczonego przez ERGO HESTIA, jeżeli ERGO HESTIA uzna takie badanie za niezbędne dla rozpatrzenia złożonych roszczeń. Koszt takiego badania ponosi ERGO HESTIA.
6. W trakcie likwidacji szkody Ubezpieczony jest zobowiązany do zwolnienia innych zakładów ubezpieczeń, urzędów, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz leczących go lekarzy i podmiotów wykonujących działalność leczniczą z obowiązku zachowania wobec ERGO HESTIA w tajemnicy informacji, które są niezbędne do prawidłowego ustalenia okoliczności mających wpływ na odpowiedzialność ERGO HESTIA.
7. W razie naruszenia przez Ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków niniejszego paragrafu, ERGO HESTIA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia skutków następstw nieszczęśliwego wypadku lub uniemożliwiło ERGO HESTIA ustalenie okoliczności i skutków nieszczęśliwego wypadku.
8. Postanowienia ust. 6 nie mają zastosowania w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie był poinformowany o zawarciu umowy na jego rachunek i obowiązkach wynikających z zawarcia umowy ubezpieczenia.

Ważne! Wyłączenia odpowiedzialności:

1. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są następstwa wypadków doznanych:
 - a) w następstwie popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa albo samobójstwa,
 - b) w wyniku samookaleczenia,
 - c) w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego,
 - d) w wyniku zatrucia alkoholem, narkotykami, nikotyną lub innymi środkami odurzającymi,
 - e) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszkach, rozruchach, niepokojach społecznych, strajkach i lokautach, sabotażu oraz terroryzmie,
 - f) wskutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego uprawnienia oraz prowadzenia pojazdu po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających w ilościach przekraczających dopuszczalne normy obowiązujące w kraju zajścia wypadku,
2. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - a) wypadków powstałych wskutek pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości – stężenie alkoholu we krwi powyżej 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu powyżej 0,25mg w 1dm³,
 - b) wypadków powstałych wskutek pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem narkotyków albo innych środków odurzających,
 - c) infekcji, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli Ubezpieczony został zakażony mikroorganizmem chorobotwórczym w wyniku ran odniesionych w wypadku objętym zakresem ubezpieczenia,

- d) uszkodzeń dysków międzykręgowych i ich następstw, o ile są następstwem stanów chorobowych, zmian zwyrodnieniowych lub stanów przeciążeniowych,
 - e) zatruciu przewodu pokarmowego, z zastrzeżeniem że wyłączenie nie dotyczy ubezpieczenia kosztów leczenia poza granicami RP,
 - f) śmierci i uszczerbków na zdrowiu powstałych w następstwie niewłaściwego leczenia albo niewłaściwie wykonanych zabiegów na ciele, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli leczenie lub zabiegi były następstwem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową.
3. Ponadto, w przypadku kosztów leczenia ochroną ubezpieczeniową nie są objęte również poniżej wymienione ryzyka:
- a) zniszczenia, konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania mienia przez organy celne lub inne władze,
 - b) wykonywanie pracy fizycznej za granicą,
 - c) uprawianie sportów wysokiego ryzyka,
 - d) zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu lub branie udziału w zawodach, wyścigach, treningach w związku z zawodowym i wyczynowym uprawianiem sportu, (wyłączenie nie dotyczy imprez, zawodów, wyścigów mających charakter rekreacyjny),
 - e) uprawianie sportów ekstremalnych,
 - f) następstwa chorób przewlekłych i nowotworowych, o których Ubezpieczony wiedział przed wystąpieniem wypadku,
 - g) powikłania występującymi od 32 tygodnia ciąży,
 - h) związane z porodem który nastąpił po 32 tygodniu ciąży,
 - i) związane z zabiegiem usuwania ciąży, o ile nie został on wykonany w celu ratowania życia lub zdrowia,
 - j) związane z zaburzeniami psychicznymi,
 - k) związane z operacją plastyczną lub zabiegiem kosmetycznym,
 - l) związane z leczeniem prowadzonym przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego, chyba że zostało to zaakceptowane przez Centrum Alarmowe,
 - m) związane z chorobą, w tym chorobą przewlekłą, z powodu której Ubezpieczony był leczony lub która została zdiagnozowana w okresie 24 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
4. W odniesieniu do szkód powstałych w bagażu z zakresu ochrony ubezpieczeniowej są wyłączone:
- a) srebro, złoto, platyna w złomie i sztabach,
 - b) wartości pieniężne,
 - c) papiery wartościowe, książeczki i bony oszczędnościowe, karty płatnicze wszelkiego rodzaju oraz bilety na przejazdy środkami komunikacji miejskiej,
 - d) dokumenty urzędowe oraz prywatne,
 - e) dzieła sztuki, antyki oraz zbiory kolekcjonerskie,
 - f) przedmioty wartościowe,
 - g) futra,
 - h) programy komputerowe i dane na nośnikach wszelkiego rodzaju,
 - i) sprzęt sportowy o charakterze profesjonalnym,
 - j) broń oraz trofea myśliwskie,
 - k) akcesoria samochodowe oraz przedmioty stanowiące wyposażenie przyczep kempingowych i łodzi,
 - l) przedmioty w liczbie wskazującej na ich przeznaczenie handlowe,
 - m) przedmioty służące działalności handlowej, usługowej lub produkcyjnej,
 - n) mienie przesiedleńcze.
- 4.1 Ubezpieczyciel nie odpowiada również za szkody:

- a) polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu bądź utracie rzeczy w związku z ich używaniem,
 - b) polegające wyłącznie na uszkodzeniu lub zniszczeniu waliz, kufrów oraz innych pojemników bagażu,
 - c) powstałe wskutek kradzieży z włamaniem, dokonanej z bagażnika dachowego pojazdu samochodowego
w przypadku gdy chociaż jedna ze ścian bagażnika została wykonana ze słabego materiału (typu brezent) lub gdy bagażnik nie był zabezpieczony odpowiednim zamkiem,
 - d) powstałe w aparatach i urządzeniach elektrycznych wskutek ich wad lub działania prądu elektrycznego podczas eksploatacji, chyba że działanie prądu elektrycznego spowodowało pożar,
 - e) będące następstwem zwykłego zużycia rzeczy ubezpieczonej, samozapalenia, samozepsucia lub wycieku, a w przypadku rzeczy tłukących się lub w opakowaniu szklanym – potłuczenia lub utraty wartości rzeczy uszkodzonej,
 - f) będące następstwem działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
 - g) powstałe wskutek emisji, wycieku lub innej formy przedostania się do powietrza, wody lub gruntu jakichkolwiek substancji.
5. ERGO HESTIA jest wolna od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony wyrządził szkodę umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

i. Ubezpieczenie OC

28 marca 2018 r. ZG PTTK **ubezpieczył z tytułu Odpowiedzialności Cywilnej (OC) w Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń S.A.** Polskie Towarzystwo Turystyczno-Krajoznawcze i jednostki korzystające z jego osobowości prawnej, wszystkie oddziały PTTK i jednostki organizacyjne wpisane i nie wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego w Warszawie, w tym Centralna Biblioteka PTTK im. K. Kulwiecia w Warszawie, Centralna Biblioteka Górską PTTK w Krakowie oraz inne jednostki organizacyjne, jeśli powstaną. Umowa została zawarta na okres 24 miesięcy, od 01 kwietnia 2018 r. do 31 marca 2020 r.

Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyka wynikające z działalności prowadzonej zgodnie ze statutem przez PTTK i jego jednostki organizacyjne, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje także działania i zaniechania osób będących kadrą społeczną PTTK oraz wolontariuszy.

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna (deliktowa¹ i kontraktowa²) Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonych **za szkody osobowe i ich następstwa i rzeczowe** oraz ich następstwa wyrządzone osobom trzecim w związku z prowadzeniem działalności posiadaniem, eksploataowaniem oraz użytkowaniem mienia na podstawie tytułu prawnego lub faktycznego władztwa **z włączeniem odpowiedzialności za produkt oraz usługę**. Przedmiotem ubezpieczenia jest również działalność gospodarcza prowadzona przez ubezpieczonego.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dochodzone przed organem państwowym mającym siedzibę na terenie jakiegokolwiek państwa w EUROPIE, jeżeli wynikają one ze szkód, które wystąpiły na terytorium objętym ubezpieczeniem.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje szkody wyrządzone przez członków PTTK wykonujących czynności statutowe na rzecz PTTK, a także szkody wyrządzone przez podwykonawców z zachowaniem prawa regresu sprawcy szkody.

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ogólnej, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/429/2016 z dnia 24 października 2016 r. z włączeniem postanowień umowy, natomiast **zakres ubezpieczenia rozszerzony został o dodatkową ochronę określoną w Klauzulach Dodatkowych**.

Oddział PTTK, zgodnie z zawartą Umową Ubezpieczenia, jest zobowiązany prowadzić kalendarz-rejestr imprez, do którego wpisywane są imprezy turystyczne, organizowane przez jednostki organizacyjne zrzeszone w oddziale PTTK, przy czym imprezy te powinny zostać zarejestrowane przed ich rozpoczęciem. W kalendarzu-rejestrze powinny być wyszczególnione terminy, czas i miejsce rozpoczęcia i zakończenia imprezy, jej charakter, przewidywana (i skorygowana po imprezie) liczba uczestników oraz kierownik imprezy, osoby przygotowujące i likwidujące imprezę po jej zakończeniu, a także jeżeli był ustalony – musi być dołączony regulamin. Towarzystwo Ubezpieczeniowe ma prawo wglądu do kalendarza-rejestru imprez turystycznych oraz do aktualnej listy członków PTTK zrzeszonych w Oddziale w celu potwierdzenia prawa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu OC.

Oddział prowadzi kartotekę członków PTTK (deklaracje członka zwyczajnego) oraz rejestr kadry. Na potrzeby tego ubezpieczenia oddział prowadzi także listę członków PTTK z opłaconymi składkami członkowskimi za bieżący rok, zawierające imię i nazwisko oraz datę opłacenia przez nich bieżącej składki i posiadanych uprawnień kadry. Na liście tej umieszczone są również nazwiska członków PTTK, którzy zostali zwolnieni z opłacania składki członkowskiej; w miejsce daty opłacenia składki wpisywana jest data wpływu zamówienia dla nich znaczka PTTK do Biura ZG PTTK.

II. Ubezpieczenie mienia PTTK

28 marca 2018 r. przedstawiciele Zarządu Głównego PTTK podpisali w imieniu Towarzystwa z **Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń S.A.**, przy współudziale brokera ubezpieczeniowego Maxima Fides, umowę ubezpieczenia ryzyk PTTK. Na podstawie tej umowy **ubezpieczeniem może**

być objęte mienie będące w ewidencji księgowej, posiadaniu, lub użytkowaniu danej jednostki organizacyjnej PTTK oraz ryzyka:

- a) Zniszczenia lub utraty mienia od wszystkich ryzyk, których podstawą prawną, z zastrzeżeniem postanowień niniejszej umowy, są **ogólne warunki ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/9/2016 z dnia 15.01.2016 r. (AR)**
- b) Utraty przychodów na skutek zdarzeń objętych umową mienia od wszystkich ryzyk, których podstawą prawną, z zastrzeżeniem postanowień niniejszej umowy są **ogólne warunki ubezpieczenia utraty zysku, ustalone uchwałą nr UZ/9/2016 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej z dnia 15.01.2016 r. zmienioną uchwałą nr UZ/134/2016 z dnia 07.04.2016 r. (BI)**
- c) Zniszczenia lub utraty sprzętu elektronicznego, których podstawą prawną, z zastrzeżeniem postanowień niniejszej umowy, są **ogólne warunki ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/9/2016 z dnia 15.01.2016r. (EEI)**

W kwestiach nieuregulowanych w ramach niniejszej umowy będą obowiązywały ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) przywołane w § 1, pkt. 2 niniejszej umowy oraz klauzula cybernetyczna

Umowa została zawarta na okres 2 lat, od 01 kwietnia 2018 r. do 31 marca 2020r.

Uprawnionymi do ubezpieczenia na warunkach umowy są wszystkie jednostki organizacyjne PTTK (działające w ramach osobowości prawnej Stowarzyszenia) oraz Spółki i Oddziały PTTK (będące odrębnymi osobami prawnymi).

W okresie obowiązywania umowy możliwe jest przystąpienie do ubezpieczenia, w dowolnym czasie obowiązywania tej umowy, także innych jednostek organizacyjnych posiadających lub zarządzających majątkiem PTTK – na warunkach wynegocjowanych dla ZG PTTK. Każdy z uprawnionych podmiotów musi zawrzeć **własną umowę ubezpieczenia** (z uwzględnieniem postanowień wynegocjowanych przez ZG dla ww. umowy).

W celu uzyskania dodatkowych informacji (dot. wysokości składek, sposobu zawarcia umowy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia) prosimy o kontakt z przedstawicielami brokera ubezpieczeniowego Maxima Fides:

Rafał Domeradzki:

kom. +48 0506 100 423, e-mail: r.domeradzki@maxima-fides.pl

BBU Maxima Fides Sp. z o.o.

ul. E. Ciołka 17 lok. nr 400, 01-445 Warszawa

tel: (48) 22 883 41 40

fax. (48) 22 883 41 42

Dodatkowe ubezpieczenia w ramach podpisanych umów

I. Krótkoterminowe ubezpieczenie Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych (NNW) uczestników imprez organizowanych lub współorganizowanych przez PTTK – umowa TO50/000430/18/A z STU ERGO HESTIA S.A.

Od 25 maja 2012 roku jednostki organizacyjne i specjalistyczne PTTK mogą ubezpieczyć uczestników na swoich imprezach niezależnie od członkostwa w PTTK i wieku.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej umowie ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku polegające na obrażeniach ciała Ubezpieczonego, skutkujące uszczerbkiem na zdrowiu lub śmiercią Ubezpieczonego oraz wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu u Ubezpieczonego.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych 24h/dobę na terytorium Europy podczas uczestnictwa w imprezach organizowanych lub współorganizowanych przez PTTK (jednostki organizacyjne - oddziały i jednostki regionalne, jednostki specjalistyczne i gospodarcze) w okresach wskazanych przez te jednostki organizacyjne PTTK, na zasadach przewidzianych w umowie. Ochrona ubezpieczeniowa dla poszczególnych imprez zgłoszonych do ubezpieczenia na wniosek PTTK zostanie potwierdzona stosowną polisą.

Odpowiedzialność ERGO HESTIA obejmuje wszystkie trzy klasy ryzyka wskazane w §3 Ogólnych warunków Ubezpieczenia Biznes & Podróż z dnia 24 września 2018 r. (PAT/OW071/1809) tj.: ryzyka wynikające z rodzaju wykonywanej pracy, uprawianej przez Ubezpieczonego dyscypliny sportowej lub uprawiania turystyki.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje świadczenia z tytułu:

- 1) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 2) uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 3) wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu u Ubezpieczonego,
- 4) zwrotu kosztów nabycia protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 5) zwrotu kosztów operacji kosmetycznych Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 6) zwrotu kosztów ratownictwa Ubezpieczonego.

Składki ubezpieczeniowe ustalone są **za 1 dzień** i wynoszą **w wariantcie I: 0,50 zł za osobę**. Sumy ubezpieczeniowe są podobne do ubezpieczeniu NNW członków PTTK:

- 1) **20.000 PLN** - świadczenie z tytułu 100% stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Wysokość świadczenia wynosi 1% sumy ubezpieczenia za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu,
- 2) **10.000 PLN** - świadczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwych wypadków,
- 3) **8.000 PLN** - świadczenie na tytułu wystąpienia po raz pierwszy zawału serca lub udaru mózgu,
- 4) **3.000 PLN** - refundacja kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych,
- 5) **3.000 PLN** - refundacja kosztów operacji kosmetycznych,
- 6) Suma ubezpieczenia z tytułu refundacji kosztów akcji ratownictwa lub poszukiwawczej wynosi równowartość w złotych **4.800 Euro** (na jedno zdarzenie),

Natomiast w wariantcie II: składka wynosi 1,00 zł za 1 dzień za osobę, a sumy ubezpieczeniowe przedstawiają się następująco:

- 1) **40.000 PLN** - świadczenie z tytułu 100% stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Wysokość świadczenia wynosi 1% sumy ubezpieczenia za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu,
- 2) **20.000 PLN** - świadczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwych wypadków,
- 3) **16.000 PLN** - świadczenie na tytułu wystąpienia po raz pierwszy zawału serca lub udaru mózgu,

- 4) **5.000 PLN** - refundacja kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych,
- 5) **5.000 PLN** - refundacja kosztów operacji kosmetycznych,
- 6) Suma ubezpieczenia z tytułu refundacji kosztów akcji ratownictwa lub poszukiwawczej wynosi równowartość w złotych **5.000 Euro** (na jedno zdarzenie),

WAŻNE: cała grupa musi być objęta albo w wariantcie I albo w wariantcie II – wybór należy dokonać i zaznaczyć w zgłoszeniu przed imprezą. W razie wątpliwości wszyscy uczestnicy są objęci w wariantcie I.

Składka ubezpieczeniowa jest składką ryczałtową brutto, niezależną od okresu odpowiedzialności STU ERGO HESTIA S.A., naliczana jest za każdą osobę za dzień będącą uczestnikiem imprezy organizowanej przez PTTK.

Ważne! Płacimy na konto STU ERGO HESTIA S.A. nr 33 1240 5400 1111 0000 4916 5924, ale **dopiero po wystawieniu noty przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel zwrócił uwagę, że "płatność bez oczekiwania na certyfikat numer noty może spowodować chaos w księgowości – brak możliwości skojarzenia inkasa z numerem noty. Aby nie było problemów z płatnościami numer przelewu powinien wskazywać numer noty płatności. Wówczas przypisanie płatności do składki będzie bezproblemowe"**.

Za termin zapłaty składki strony zgodnie uznają datę złożenia przelewu w banku lub urzędzie pocztowym.

Umowa zawierana jest w **formie imiennej listy** (imię i nazwisko oraz PESEL) **przesłana skutecznie przed rozpoczęciem** okresu ubezpieczenia e-mailem: anna.bialoskorska@ergohestia.pl łącznie z formularzem.

Uwaga! **Wysłanie zgłoszenia automatycznie uruchamia ochronę.**

II. Zawieranie umów generalnych ubezpieczenia podczas zagranicznych wyjazdów (KL, NNW, OC, koszty rezygnacji z imprezy)

Zarząd Główny PTTK w dniu 9.05.2013 r. w Warszawie podpisał porozumienie z AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. w **sprawie zasad zawierania umów generalnych ubezpieczenia podczas zagranicznych wyjazdów na rzecz:**

1. klientów Oddziałów PTTK lub Spółek PTTK,
2. członków PTTK w czasie imprez organizowanych przez PTTK lub Oddziały PTTK.

Podmiotami uprawnionymi do zawarcia umowy generalnej ubezpieczenia podczas wyjazdów zagranicznych, na warunkach określonych w Porozumieniu są PTTK, Oddziały PTTK i Spółki PTTK.

W celu podpisania umowy generalnej ubezpieczenia podczas wyjazdów zagranicznych podmiot uprawniony (PTTK, Oddziały PTTK i Spółki PTTK) przesyła prośbę o jej podpisanie na adres mailowy właściwego terytorialnie Regionalnego Kierownika Sprzedaży AXA określając przedmiot i zakres ubezpieczenia, którym jest zainteresowany:

Oddział Regionalny Warszawa (woj. mazowieckie, łódzkie, podlaskie, lubelskie)
Małgorzata Keller - Kierownik sprzedaży ds. ubezpieczeń turystycznych
tel.: +48 22 555 05 62
malgorzata.keller@axa-polska.pl

Oddział Regionalny Katowice (woj. śląskie , opolskie)
Krystyna Dolatowska - Kierownik Sprzedaży ds. ubezpieczeń turystycznych
tel.: +48 32 720 07 14
krystyna.dolatowska@axa-polska.pl

Oddział Regionalny Kraków (woj. małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie) **Beata Gawęda - Kierownik sprzedaży ds. ubezpieczeń turystycznych**
tel.: +48 12 376 97 10

beata.gaweda@axa-polska.pl

Oddział Regionalny Gdańsk (woj. pomorskie, kujawsko-pomorskie, warmińsko-mazurskie)
Daniel Grabowski - Kierownik sprzedaży ds. ubezpieczeń turystycznych
tel.: +48 58 732 64 19
daniel.grabowski@axa-polska.pl

Oddział Regionalny Poznań (woj. wielkopolskie, zachodniopomorskie) Oddział Regionalny Wrocław (woj. dolnośląskie, lubuskie)
Agnieszka Skimina - Kierownik sprzedaży ds. ubezpieczeń turystycznych
tel.: +48 61 625 03 20
agnieszka.skimina@axa-polska.pl

Po otrzymaniu prośby AXA w terminie 5 dni roboczych wyśle umowę generalną ubezpieczenia do podpisania przez podmiot uprawniony. Po otrzymaniu, przeanalizowaniu i akceptacji umowy, podmiot uprawniony, drukuje ją, podpisuje i przesyła w 2 egzemplarzach na adres: **AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa**. AXA najpóźniej następnego dnia roboczego po podpisaniu umowy ze swojej strony przesyła pocztą 1 egzemplarz do podmiotu uprawnionego.

Przedmiot i suma ubezpieczenia:

Ubezpieczenie	Wariant EUROPA
KL wraz z assistance	15.000 EUR
NNW (następstwa nieszczęśliwych wypadków)	4.000 EUR
KR (koszty ratownictwa)	5.000 EUR
OC (odpowiedzialność cywilna) w życiu prywatnym	20.000 EUR
OC związane z amatorskim uprawianiem sportu	10.000 EUR
Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z imprezy ze 100% zwrotem	Do 4.000 euro na osobę (cena imprezy)

Stawka składki EUR/dzień od osoby

Ubezpieczenie	Wariant EUROPA wariant Standard
KL + NNW + OC	0,6 euro za dzień od osoby
KL + NNW+ OC + OC sportowe + AS (amatorskie uprawianiem sportów)	0,9 euro za dzień od osoby
Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z imprezy ze 100% zwrotem	2,8% ceny imprezy

Franszyza redukcyjna na każdy wypadek ubezpieczeniowy wynosi 20 EUR (obowiązuje w przypadku gotówkowego pokrywania kosztów leczenia przez Ubezpieczonego bez kontaktu z Centralą Alarmową).

Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej określony jest Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia: Podróży KONTYNENTY.

III. Ubezpieczenie OC członków PTTK - kadry programowej PTTK.

01.08.2018-31.07.2020

Członkowie PTTK z opłaconą składką członkowską oraz zwolnieni z jej opłaty, posiadający uprawnienia kadry programowej PTTK oraz przewodnicy turystyczni dzięki podpisanemu Porozumieniu z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. mogą zawrzeć umowę ubezpieczeniową w zakresie Odpowiedzialności Cywilnej z tytułu wykonywania czynności kadry programowej, przewodników turystycznych oraz pilotów wycieczek.

Na potrzeby Porozumienia przyjmuje się, że umowy ubezpieczenia mogą być zawierane z: przewodnikami góorskimi, przewodnikami turystycznymi miejskimi i terenowymi, pilotami wycieczek, przewodnikami turystyki jeździeckiej nizinnej, jeździeckiej górskiej, kajakowej, kolarskiej, motorowej, narciarskiej, pieszej i imprez na orientację, instruktorami turystyki żeglarskiej, narciarstwa, nurkowania swobodnego, krajoznawstwa, fotografii krajoznawczej, ochrony przyrody, opieki nad zabytkami, przewodnictwem, organizatorami turystyki, znakarzami i opiekunami Szkolnych Kół Krajoznawczo- Turystycznych.

Umowy ubezpieczenia będą zawierane na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nauczycieli, instruktorów i wychowawców z dnia 01-01-2016 (OC/OWO29/1601), zgodnie z wybranym przez poszczególnych Ubezpieczonych wariantem zakresu podstawowego ochrony ubezpieczeniowej.

Prośbę o zawarcie umowy należy wysłać do Ubezpieczyciela na adres mailowy: anna.bialoskorska@ergohestia.pl. Na podany mail zainteresowany dostanie wniosek, który należy wypełnić i własnoręcznie podpisać, a potem przesłać skan ww. wniosku na adres anna.bialoskorska@ergohestia.pl. Zakres ubezpieczenia zależy jest od wariantu wybranego przez Ubezpieczonego i określonego we wniosku.

Składka i okres ubezpieczenia:

Ochrona poszczególnych Ubezpieczonych, wedle ich wyboru wskazanego we wniosku, będzie udzielana w następujących wariantach określających wysokość sumy gwarancyjnej, okres świadczonej ochrony ubezpieczeniowej oraz zakres terytorialny ochrony ubezpieczeniowej:

Suma gwarancyjna na jeden i na wszystkie zdarzenia :

Opcja I - zakres terytorialny Polska, franszyza redukcyjna 100 PLN dla każdej szkody w mieniu

	Suma Gwarancyjna	Składka za roczny okres ubezpieczenia	Składka za półroczny okres ubezpieczenia	Składka za kwartalny okres ubezpieczenia
Wariant I	500.000 PLN	115,00 PLN	69,00 PLN	46,00 PLN
Wariant II	1.000.000 PLN	168,00 PLN	101,00 PLN	67,00 PLN

Opcja II - zakres terytorialny Europa (w tym Basen Morza Śródziemnego), franszyza redukcyjna 100 PLN dla każdej szkody w mieniu

	Suma Gwarancyjna	Składka za roczny okres ubezpieczenia	Składka za półroczny okres ubezpieczenia	Składka za kwartalny okres ubezpieczenia
Wariant I	500.000 PLN	196,00 PLN	118,00 PLN	78,00 PLN
Wariant II	1.000.000 PLN	286,00 PLN	172,00 PLN	114,00 PLN

Okres ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego we wniosku, nie wcześniej jednak niż od dnia następującego po dniu przesłania wniosku ubezpieczeniowego do Ubezpieczyciela

Składka ubezpieczeniowa za okres ubezpieczenia płatna jest jednorazowo przez Ubezpieczonego na indywidualne konto wskazane w polisie ubezpieczeniowej wystawionej w systemie Cumulus.EVO na bazie przesłanego do Ubezpieczyciela podpisanego wniosku ubezpieczeniowego.

IV. Ubezpieczenie grupowe w Generali Życie TU SA pracowników PTTK, członków władz wpisanych do KRS

Do umowy oprócz osób zatrudnionych na umowę o pracę (bez względu na wymiar etatu – 1, ½, 1/8 itd.), umowę - zlecenia czy inną umowę formalno-prawną z pracodawcą, może przystąpić Członek Zarządu Oddziału i Komisji Rewizyjnej – wymieniony w KRS jako reprezentant pracodawcy.

**Program grupowego ubezpieczenia na życie od 01.06.2017r.
dla PTTK Zarząd Główny i Oddziały Terenowe – oferta dla pracowników ich współmałżonków,
konkubentów i pełnoletnich dzieci**

Lp.	ZAKRES UBEZPIECZENIA	Generali PRACOWNICY/ RODZINA	Generali PRACOWNICY
1.	Zgon Ubezpieczonego	23 000	26 500
2.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku NW	46 000	53 000
3.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego	69 000	79 500
4.	Zgon Ubezpieczonego w NW przy pracy	69 000	79 500
5.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego w pracy	92 000	106 000
6.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	46 000	53 000
7.	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW - za 1% TU	330	381
8.	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu - za 1% uszczerbku (TU)	330	381
9.	Zgon małżonka Ubezpieczonego	9 500	10 900
10.	Zgon małżonka w wyniku NW/NW komunikacyjnego	19 000/24 000	21 800/26 800
11.	Zgon rodzica, teścia Ubezpieczonego	1 900	2 100
12.	Zgon rodzica, teścia Ubezpieczonego w wyniku NW	3 400	3 600
13.	Zgon dziecka Ubezpieczonego	2 700	3 200
14.	Zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku NW	5 400	6 400
15.	Urodzenie się martwego dziecka	1 900	2 200
16.	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	3 500	4 100
17.	Urodzenie się dziecka	1 000	1 100
18.	Leczenie szpitalne – Max liczba dni pobytu w roku	120 dni	
	Min. liczba dni pobytu w szpitalu – z tytułu NW/Choroby	1/3	
	- z powodu choroby - do 14 dni	54	62,40
	- z powodu choroby - od 15 do 120 dnia	45	52
	- z powodu NW - do 14 dni	90	104
	- z powodu NW - od 15 do 120 dnia	45	52
	- z powodu NW komunikacyjnego w pracy-do 14 dni /od 15-30 dnia	170/69	194/79
	- z powodu NW komunikacyjnego - do 14 dni /od 15 do 30 dnia	130/57	149/65,50
	- z powodu NW w pracy do 14 dni /od 15 do 30 dnia	130/57	149/65,50
	- z powodu zawału serca, udaru mózgu – do 14 dni /od 15-30 dnia	94/57	107,40/65,50
	- pobyt na OIOM - do 5 dni	90	104
- rekonwalescencja w wyniku NW	21 do 30 dni	24 do 30 dni	
19.	Poważne zachorowanie (ilość chorób)	3 200 (13)	4 500 (13)
20.	Leczenie specjalistyczne	1 200	1 400
21.	Przeprowadzenie operacji chirurgicznej u Ubezpieczonego	Max 2 200	Max 2 500
22.	Refundacja kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie NW	2 000	2 000
23.	Koszty rehabilitacji – następstwa nieszczęśliwego wypadku po pobycie w szpitalu	2 000	2 000
24.	Pomoc medyczna	10 000	10 000
25.	Składka miesięczna	47,00 zł	53,70 zł

Podstawowe informacje z nowych OWU - analiza świadczeń

ZAKRES UBEZPIECZENIA	Generali OWU CERTUM MAX 5/2012
Zgon Ubezpieczonego	<p>Przystąpić do ubezpieczenia może pracownik jego współmałżonek/konkubent.</p> <p>Ubezpieczona może zostać osoba nieprzebywająca na zwolnieniu lekarskim, która ukończyła 15 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia. Przystąpić może również Pełnoletnie Dziecko – dziecko własne lub dziecko przysposobione Pracownika, które ukończyło 18 roku życia i ma nie więcej niż 26 lat.</p> <p>Warunkiem przystąpienia jest złożenie podpisu na deklaracji pod oświadczeniem o stanie zdrowia - w przypadku braku możliwości złożenia podpisu ubezpieczony wypełnia ankietę medyczną i możliwość jego przystąpienia rozpatrywana jest indywidualnie.</p> <p>W dniu najbliższej rocznicy polisy po ukończeniu przez ubezpieczonego 69 r.ż. wygasa odpowiedzialność Generali za: zgon i trwałe uszczerbek w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, poważne zachorowanie, leczenie szpitalne, operacja chirurgiczna, leczenie specjalistyczne, pomoc medyczna.</p> <p>Karencje: - dla osób przystępujących w ciągu 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień (daty zatrudnienia, daty zawarcia związku małżeńskiego, daty ukończenia 18 roku życia – w przypadku pełnoletnich dzieci): pobyt w szpitalu – 30 dni, operacje chirurgiczne – 90 dni, poważna choroba – 90 dni, leczenie specjalistyczne – 90 dni, urodzenie Dziecka – 9 miesięcy. - dla osób przystępujących po 3 miesiącach od daty nabycia uprawnień: urodzenie dziecka - 9 miesięcy, pozostałe umowy dodatkowe – 6 miesięcy. Zmiana wariantu w rocznicę polisy 06.2018 – z karencją do różnicy wysokości świadczeń.</p> <p>Ograniczenie wysokości świadczeń: Przez okres 6 miesięcy od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci 50% sumy ubezpieczenia z tytułu: Śmierci Współmałżonka, śmierci Dziecka, śmierci Rodziców, śmierci Teściów, urodzenia Dziecka (zalicza się staż z poprzedniej umowy ubezpieczenia u pracodawcy).</p>
Zgon Ubezpieczonego/malżonka -w NW -w NW komunikacyjnym -w NW przy pracy -wskutek zawału serca lub udaru mózgu	<p>Zgon wskutek każdego wypadku – zgon następujący w ciągu 180 dni od daty wypadku będącego przyczyną zgonu. Wypadek będący przyczyną zgonu musi nastąpić w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.</p> <p>Zgon wskutek zawału serca lub udaru mózgu – w ciągu 90 dni od daty zdarzenia będącego przyczyną zgonu. Zdarzenie będące przyczyną zgonu musi nastąpić w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.</p>
Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku/ zawału serca lub udaru mózgu	<p>Trwały uszczerbek na zdrowiu – nastąpić musi przed upływem 180 dni od daty NW lub zawału serca, udaru mózgu. Musi istnieć związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zdarzeniem (NW, zawałem serca, udarem mózgu), a uszczerbkiem oraz zdarzenia muszą wystąpić w okresie odpowiedzialności ubezpieczeniowej.</p> <p>Max świadczenie = 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego jednym Nieszczęśliwym Wypadkiem/ jednym zawałem lub udarem.</p>
Zgon współubezpieczonych: - małżonka, rodzica, rodzica małżonka ubezpieczonego, dziecka	<p>Dziecko – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione, które urodziło się po 22. tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek, pod warunkiem, że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia.</p> <p>Wypłata świadczenia z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka nie żyje i Ubezpieczony/ Współmałżonek nie otrzymał wcześniej od</p>

	<p>Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki.</p> <p>Prawo z tytułu śmierci Teściów przysługuje, jeżeli Ubezpieczony pozostaje ze Współmałżonkiem w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została orzeczona separacja. W przypadku, gdy nie żyje Współmałżonek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Teściów, jeżeli Ubezpieczony nie wstąpił ponownie w związek małżeński oraz pod warunkiem dostarczenia oświadczenia o niepozostawaniu w związku małżeńskim.</p> <p>Śmierci Teściów - Towarzystwo wypłaci nie więcej niż dwa świadczenia.</p>
Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	<p>Dziecko – Dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 26 lat lub bez względu na wiek jest niezdolne do pracy (całkowita niezdolność Dziecka do wykonywania jakiejkolwiek pracy).</p>
<p>Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu/</p> <p>Urodzenie martwego dziecka/zgon noworodka</p>	<p>Urodzenie dziecka Urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu. W przypadku dziecka przysposobionego zarówno urodzenie jak i przysposobienie dziecka powinno nastąpić w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.</p> <p>Urodzenie dziecka martwego Dziecko martwo urodzone – potwierdzeniem jest odpis skróconego aktu urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe.</p>
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	<p>Zakres (13 jednostek): anemia aplastyczna, guz wewnątrzczaszkowy, operacyjne leczenie choroby wieńcowej (by-pass), niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, oparzenia, operacja aorty, operacja zastawek serca, przeszczep dużych narządów, (jako biorca): serce, płuca, wątroba, trzustka, nerka lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego, udar mózgu, utrata wzroku, zakażenie wirusem HIV/ Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) i wykonywania zawodu, zawał serca.</p> <p>Wyłączenia – wszystkie CC : zdiagnozowane i leczone - również, jako następstwo stanów chorobowych leczonych przed początkiem okresu odpowiedzialności – wyjątek, gdy istnieje ciągłość ochrony ubezpieczenia w innym (lub tym samym) towarzystwie – wypłata aktualnej sumy w dniu diagnozy poważnego zachorowania.</p> <p>Świadczenie – jedno z tytułu wystąpienia tego samego rodzaju poważnego zachorowania.</p>
Dzienne świadczenie szpitalne	<p>Pobyty w szpitalu: całodobowy pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, służący przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Do pobytu w szpitalu nie wlicza się okresu pobytu na przepustkach.</p> <p>Zakres terytorialny - na terenie RP lub krajów Unii Europejskiej, lub pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski, z kraju spoza UE.</p> <p>Wymagane minimalne ilości dni pobytu w szpitalu: - w wyniku NW – 1 dzień - w wyniku choroby – 3 dni - OIOM - od pierwszego dnia pobytu na OIOM – max. 5 dni od daty przyjęcia. - rekonwalescencja – min. 1 dzień, max 30 dni, po minimum 14 dniowym pobycie w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.</p> <p>W ciągu jednego roku polisowego (kolejnych 12 miesięcy od daty wdrożenia programu) przysługują świadczenia za: max 120 dni pobytu w szpitalu, max 60 dni rekonwalescencji, max 30 dni z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego, zawału serca lub udaru mózgu.</p>
Operacja chirurgiczna	<p>Umowa obejmuje Operacje wykonane w trakcie jej trwania, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych.</p> <p>Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni zostanie wykonany więcej niż 1 zabieg spełniający definicję operacji – <u>wypłata za 1 kwalifikowany, jako najcięższy z zabiegów (kwota świadczenia będzie najwyższa).</u></p> <p><u>W przypadku wystąpienia kilku operacji ubezpieczonego zaistniałych z tej samej przyczyny – wypłacona tylko jednego świadczenia za pojedynczą operację (najwyższego z przysługujących).</u></p>

	<p>Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej w dniu wykonania operacji chirurgicznej zgodnie z Katalogiem Operacji – załącznik nr 2 do OWU:</p> <p>1) 100% – w przypadku operacji z kategorii A; 2) 80% – w przypadku operacji z kategorii B; 3) 60% – w przypadku operacji z kategorii C; 4) 40% – w przypadku operacji z kategorii D; 5) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.</p>
<p>Leczenie specjalistyczne</p>	<p>Przeprowadzanie leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, które rozpoczęło się i miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, niezbędnego dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu Ubezpieczonego, wykonanego w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na terenie RP w zakresie: chemioterapii albo radioterapii, terapii interferonowej, wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, ablacji.</p> <p>Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym zdefiniowanym leczeniem specjalistycznym Ubezpieczonego, spośród wyżej wymienionych.</p> <p>Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego obejmującego chemioterapię albo radioterapię.</p> <p><u>Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje</u> przeprowadzenia leczenia specjalistycznego:</p> <p>1) które zostało zalecone Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej,</p> <p>2) którego przyczyny zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem zawarcia Umowy Dodatkowej.</p> <p>Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni, Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednemu leczeniu specjalistycznemu, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za jedno leczenie specjalistyczne.</p> <p>Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w przypadku przeprowadzenia leczeń specjalistycznych, które pozostają ze sobą w związku przyczynowo -skutkowym, potwierdzonym przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.</p>
<p>Refundacja kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie NW</p>	<p>Zakres obejmuje refundację kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wymienionych w Tabeli przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa – na podstawie oryginałów faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego wraz z zaleceniem zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych przez lekarza.</p> <p>Zwrot kosztów do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że wydatek został poniesiony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.</p>
<p>Koszty rehabilitacji Następstwa nieszczęśliwego wypadku po przebytych leczeniu szpitalnym</p>	<p>Świadczenie polega na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na rehabilitację przeprowadzoną w placówce rehabilitacyjnej w okresie 3 miesięcy od daty zakończenia pobytu w szpitalu, na podstawie oryginałów faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w trakcie rehabilitacji.</p> <p>Zakres odpowiedzialności obejmuje:</p> <p>1) zabiegi rehabilitacyjne, które zostały zalecone przez lekarza jako kontynuacja leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był: nieszczęśliwym wypadkiem, operacją, zawałem serca lub udarem mózgu;</p> <p>2) konsultację lekarza rehabilitacji z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;</p> <p>3) konsultację lekarza rehabilitacji z końcową oceną stanu usprawnienia, z wyłączeniem badań diagnostycznych, przeprowadzone w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.</p> <p>Zakres nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych które zostały zalecone Ubezpieczonemu przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową oraz będących skutkiem wypadku, który wystąpił</p>

	<p>przed początkiem umowy dodatkowej.</p> <p>W przypadku, gdy rehabilitacja realizowana była w warunkach stacjonarnych, Towarzystwo nie pokrywa kosztów pobytu w placówce rehabilitacyjnej, tj. kosztów noclegów i żywienia, a jedynie koszty przeprowadzonych zabiegów. Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.</p> <p>Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za maksymalnie dwa zdarzenia ubezpieczeniowe w danym roku.</p> <p>Łączna wysokość świadczeń nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z Umowy Dodatkowej.</p>
Pomoc medyczna (assistance)	<p>W ramach oferowanej ochrony, ubezpieczeni w Generali T.U. Życie S.A. mogą skorzystać z domowej wizyty lekarza lub pielęgniarki. W razie potrzeby zorganizowany zostanie również transport medyczny do i z placówki medycznej, a także transport na komisję lekarską. Opieka medyczna gwarantuje również ubezpieczonym organizację procesu rehabilitacji oraz pomocy psychologa. Na życzenie ubezpieczonego dostarczone mu zostaną również lekarstwa.</p>

Niniejsza informacja nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego. Szczegółowe zasady warunków ubezpieczenia, w szczególności dotyczące definicji zdarzeń objętych ochroną, zakresu odpowiedzialności, wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej określają: Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla pracowników PTTK wraz z Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie OWU CERTUM MAX Nr 5/2012 oraz załącznikami do tych warunków i zmianami złożonymi w ofercie oraz polisami ubezpieczeniowymi.

W celu przystąpienia do umowy ubezpieczenia skontaktuj się z:

Biuro Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o. w Łodzi, ul. Gdańska 91

Monika Grzanka - m.grzanka@maxima-fides.pl

Agnieszka Wolska - a.wolska@maxima-fides.pl

Tel. 42 636 64 99, wew. 33

V. Pracowniczy Program Zdrowotny (LUX MED)

Pracowniczy Program Zdrowotny to program prywatnej opieki zdrowotnej przygotowany dla pracowników PTTK oraz członków zwyczajnych PTTK.

ZAKRES USŁUG

(Szczegółowy zakres Pracowniczego Programu Zdrowotnego znajdują się w BBU Maxima Fides Sp. z o.o.)

	Comfort MFS
Dostęp do placówek medycznych marki Medycyna Rodzinna	✓
Dostęp do placówek medycznych marki LUX MED	✓
Dostęp do ogólnopolskiej sieci partnerów medycznych	✓
PORTAL KLIENTA	✓
Indywidualny opiekun Klienta	✓
PORTAL PACJENTA	✓
24h Ogólnopolska rezerwacja terminów wizyt i badań (tel. 22 33 22 888)	✓
SMS-owe przypomnienie o umówionych wizytach w placówkach własnych Grupy LUX MED (z opcją odwołania wizyty)	✓
24h Telefoniczna Informacja Medyczna	✓
Kompleksowe konsultacje specjalistyczne	✓
Konsultacje: psychiatry, psychologa, seksuologa i androloga (limit 3 konsultacje w ciągu roku do każdego specjalisty)	✓
Konsultacje profesorskie ze skierowaniem	✓
Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne	✓
Pozakonsultacyjne zabiegi ambulatoryjne	✓
Szczepienia przeciwko grypie/anatoksyna p/tężcowa	✓
Prowadzenie ciąży	✓
Kompleksowe badania diagnostyczne	✓
Bezpłatne środki kontrastowe do badań TK, MR oraz Urografii	✓
Skórne testy alergiczne	✓
Rehabilitacja	50%
Rabat na świadczenia medyczne znajdujące się poza pakietem, a oferowane przez placówki własne Grupy LUX MED	10%
Rabat na procedury medyczne oferowane w szpitalu LUX MED	10%
Program partnerski „ZDROWIE, PIEKNO, HARMONIA”	✓

SKŁADKA

	TYP INDYWIDUALNY	TYP PARTNERSKI	TYP RODZINNY
	Główny beneficjent (pracownik)	Główny beneficjent + współmałżonek /partner lub dziecko do ukończenia 26 r.ż.	Główny beneficjent + współmałżonek/partner oraz wszystkie dzieci do ukończenia 26 r.ż.
Pakiet COMFORT MFS	80,60 zł	161,20 zł	208,10 zł

Korzyści:

- Brak karencji;
- Brak limitu wieku w przypadku, gdy pracownik pozostaje w stosunku pracy;
- Brak oświadczeń i ankiet dotyczących zdrowia;
- Pakiet musi być opłacany, co najmniej przez 12 miesięcy (chyba, że Główny beneficjent utracił pracę lub nastąpiła śmierć beneficjenta);
- Nielimitowane konsultacje lekarskie z wyjątkiem psychologa, psychiatry, seksuologa i androloga;
- Nielimitowane badania diagnostyczne i laboratoryjne;
- Leczymy choroby nabyte przed przystąpieniem do opieki medycznej.

Warianty Pracowniczego Programu Zdrowotnego

W ramach Pracowniczego Programu Zdrowotnego dostępne są trzy warianty:

Typ Indywidualny – pakiet, w ramach którego opieką medyczną objęty jest wyłącznie pracownik.

Typ Partnerski – pakiet, w ramach którego opieką medyczną objęty jest pracownik oraz odpowiednio jeden małżonek albo jeden partner życiowy (jako opcja lub jedno dziecko, które nie ukończyło 26 lat i pozostaje na utrzymaniu rodzica/opiekuna prawnego).

Na potrzeby Pracowniczego Programu Zdrowotnego przyjęto następujące definicje:

- **Małżonek:** osoba, która w rozumieniu polskiego prawa pozostaje w związku małżeńskim z ubezpieczonym pracownikiem;
- **Partner życiowy:** osobę prowadzącą z pracownikiem wspólne gospodarstwo domowe, niepozostającą z pracownikiem w związku małżeńskim, niezłączoną z pracownikiem pokrewieństwem, ani stosunkiem prawnorodzinnym takim jak przysposobienie lub powinowactwo.

Typ Rodzinny - pakiet, w ramach którego opieką medyczną objęty jest pracownik oraz jeden małżonek albo jeden partner życiowy oraz/lub dzieci Pracownika lub Partnera życiowego, które nie ukończyły 26 lat i pozostają na utrzymaniu rodzica/opiekuna prawnego.

Waloryzacja składki

Składka z tytułu uczestnictwa w Pracowniczym Programie Zdrowotnym będzie waloryzowana raz w roku o wskazany przez LUX MED Sp. z o.o. wskaźnik waloryzacji (przykładowy wskaźnik waloryzacji za ostatnie lata – w przedziale, w zależności od roku: od 2,6% do 16,0%). Jeżeli wskaźnik waloryzacji będzie równy 0,0% wysokość składki nie ulegnie zmianie.

Uczestnik programu wpisany na Listę Osób Uprawnionych nie może być z niej wykreślony, przez co najmniej 12 miesięcy od chwili wpisu na Listę, chyba że:

- uległa rozwiązaniu umowa o pracę lub umowa cywilnoprawna na podstawie, której pracownik wykonywał pracę na rzecz zakładu pracy i nie została zawarta kolejna umowa pomiędzy pracownikiem a zakładem pracy (co jest równoznaczne z wykreśleniem członka rodziny pracownika,) lub
- nastąpiła śmierć uczestnika Programu, lub
- członek rodziny uzyskał u podmiotu innego niż organizator Programu uprawnienie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w LUX MED Sp. z o.o.,
- LUX MED Sp. z o.o. wyrazi pisemną zgodę na wykreślenie z Listy uczestnika Programu.

Wykreślenie członka rodziny z Listy Osób Uprawnionych wyklucza możliwość jego ponownego wpisania na Listę, chyba że LUX MED Sp. z o.o. wyrazi na to zgodę w formie pisemnej lub członek rodziny uzyskał status pracownika w zakładzie pracy obsługiwanym przez Biuro Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o.

Dzieci pracowników, które ukończyły 26 rok życia lub nie pozostają na utrzymaniu rodziców, występują z umowy w terminie do końca miesiąca, w którym dane dziecko ukończyło 26 rok życia lub przestało pozostawać na utrzymaniu rodziców.

Kompleksowe konsultacje specjalistów

W ramach abonamentu, Pacjent ma nielimitowany dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów w sytuacjach chorobowych, zaostrzenia się chorób przewlekłych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Zleceniobiorca gwarantuje Pacjentom dostęp do lekarzy **bez skierowania** w zakresie niżej wymienionych specjalizacji:

- alergologii
- chirurgii ogólnej
- dermatologii
- diabetologii
- endokrynologii
- gastroenterologii
- ginekologii
- hematologii
- interny
- kardiologii
- laryngologii
- nefrologii
- neurologii
- okulistyki
- onkologii
- ortopedii
- pulmonologii
- reumatologii
- urologii
- lekarza dyżurnego (interna, medycyna rodzinna)
- lekarza dyżurnego - chirurgii ogólnej
- lekarza dyżurnego - ortopedii
- lekarza medycyny rodzinnej

W przypadku, gdy posiadaczem Karty jest dziecko (do 18rż.) - **wizyty bez skierowania** dotyczą lekarzy przyjmujących dzieci w zakresie następujących specjalizacji:

- chirurgii
- neurologii
- okulistyki
- ortopedii
- pediatrii
- lekarza dyżurnego (pediatria, medycyna rodzinna)
- lekarza medycyny rodzinnej

Ponadto przez lekarza pediatrę prowadzona jest działalność profilaktyczna.

Konsultacje u lekarzy przyjmujących w placówkach Grupy w zakresie niżej wymienionych specjalizacji wymagają skierowania od lekarza LUX MED:

- anesteziologii
- angiologii
- audiologii
- chirurgii naczyniowej
- chirurgii onkologicznej
- chirurgii plastycznej
- chorób zakaźnych
- flebologii
- foniatrii
- geriatryi
- hepatologii
- ginekologii onkologicznej
- hipertensjologii
- immunologii
- neurochirurgii
- proktologii

W przypadku, gdy posiadaczem Karty jest dziecko (do 18rż) - **wizyty ze skierowaniem** (wystawionym przez lekarza w zakresie pediatrii lub lekarza medycyny rodzinnej) dotyczą lekarzy przyjmujących dzieci w placówkach Grupy w zakresie następujących specjalizacji:

- alergologii
- anesteziologii
- angiologii
- audiologii
- chirurgii naczyniowej
- chirurgii onkologicznej
- chirurgii plastycznej
- chorób zakaźnych
- dermatologii
- diabetologii
- endokrynologii
- flebologii
- foniatrii
- gastroenterologii
- ginekologii
- ginekologii onkologicznej
- hematologii
- hepatologii
- hipertensjologii
- immunologii
- kardiologii
- laryngologii
- nefrologii
- neonatologii
- neurochirurgii
- onkologii
- proktologii
- pulmonologii
- reumatologii
- urologii

W przypadku braku w placówkach Grupy: lekarza w zakresie w/w specjalizacji jak również lekarza w zakresie specjalizacji nieprzyjmujących w Grupie, ale dostępnych w Polsce, istnieje możliwość skierowania przez lekarza LUX MED Pacjenta na konsultację do lekarza w zakresie wymaganej specjalizacji.

Konsultacje psychologa i psychiatry

W ramach abonamentu Pacjent może korzystać z konsultacji specjalistycznych w zakresie:

psychiatrii psychologii seksuologii andrologii

W przypadku, gdy posiadaczem Karty jest dziecko (do 18rż) w zakresie:

psychiatrii psychologii seksuologii andrologii

Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.

Konsultacje te są limitowane i obejmują 3 porady w roku u każdego z tych specjalistów.

Konsultacje Profesorskie ze skierowaniem

Lekarze specjaliści w każdym niezbędnym przypadku kierują na konsultacje do samodzielnego pracownika naukowego (dr hab., prof. nazw., prof. zw.) danej specjalizacji, objętej zakresem abonamentu, których przedmiotem jest problem diagnostyczny lub terapeutyczny. Na konsultację składa się analiza dokumentacji lekarskiej oraz badanie podmiotowe i przedmiotowe. Konsultacje te nazywane konsultacjami profesorskimi nie wymagają wówczas żadnej dodatkowej odpłatności. Konsultacje profesorskie nie są limitowane (poza limitami dotyczącymi konsultacji lekarza psychiatry i psychologa).

W celu uzyskanie wszelkich szczegółowych informacji co do zasad przystępowania do Pracowniczego Programu Zdrowotnego, terminów i sposobów opłaty składki, ogólnych warunków udzielania świadczeń medycznych, należy skontaktować się z osobą obsługującą grupowe ubezpieczenia na życie w Zarządzie Głównym PTTK (kol. Natalia Wojtyra – natalia.wojtyra@pttk.pl) lub Oddziale PTTK.

W przypadku pytań proszę o kontakt:

Agnieszka Wolska lub Monika Grzanka

Nr tel.: +48 42 636 64 98 wew. 33

Email: a.wolska@maxima-fides.pl, m.grzanka@maxima-fides.pl,

Dział Ubezpieczeń na Życie

Biuro Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o.

90-613 Łódź, ul. Gdańska 91

Niniejsza informacja nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego. Szczegółowe zasady warunków programu, w szczególności dotyczące definicji świadczeń objętych zakresem umowy, zakresu odpowiedzialności, wyłączeń, zasad realizacji świadczeń określają: Ogólne warunki udzielania świadczeń zdrowotnych nr LX/01/10/2013, Zakres pakietu COMFORT MFS oraz pozostałe załączniki do umowy wraz ze zmianami złożonymi w ofercie.

VI. Gwarancja turystyczna AXA

(zasady udzielania gwarancji turystycznej Oddziałom PTTK)

12.07.2018 ZG PTTK podpisał porozumienie z AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. w sprawie zasad udzielania gwarancji turystycznej Oddziałom PTTK na rzecz Marszałka województwa odpowiedniego dla siedziby zleceniodawcy.

W celu otrzymania oferty gwarancji turystycznej zainteresowany Oddział PTTK (zleceniodawca) przesyła skan podpisanego wniosku o udzielenie gwarancji turystycznej (załącznik nr 1) oraz oświadczenia biura podróży (załącznik nr 2) – do AXA na adres: Olga.Chmielarz@axa.pl.

AXA zobowiązuje się niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 5 dni roboczych, po otrzymaniu kpl. dokumentów (wypełniony wniosek o udzielenie gwarancji turystycznej wraz z wymaganymi w nim kopiami dokumentów oraz oświadczenie biura podróży) przedstawić ofertę finansową.

W przypadku zaakceptowania przez Oddział PTTK oferty AXA, Oddział informuje o swojej decyzji AXA.

Po otrzymaniu decyzji Oddziału PTTK, AXA przesyła drogą elektroniczną do Oddziału PTTK: wzór umowy gwarancji (załącznik nr 3), wzór deklaracji wekslowej (załącznik nr 4), wzór weksla (załącznik nr 5).

Następnie Oddział PTTK przesyła na adres: **AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.**

- 1) oryginał wniosku o udzielenie gwarancji turystycznej podpisany przez upoważnione do występowania w imieniu Oddziału PTTK osoby – [załącznik nr 1](#),
- 2) oryginał oświadczenia biura podróży podpisany przez upoważnione do występowania w imieniu Oddziału PTTK osoby – [załącznik nr 2](#),
- 3) oryginał umowy gwarancji (w 2 EGZEMPLARZACH) podpisany przez upoważnione do występowania w imieniu Oddziału PTTK osoby – [załącznik nr 3](#) lub [załącznik nr 3a](#).
- 4) kopię potwierdzenia opłacenia składki opłacone na konto wskazanej w umowie gwarancji (otrzymanej zgodnie z pkt. 4),
- 5) oryginał deklaracji wekslowej podpisanej przez upoważnione do występowania w imieniu Oddziału PTTK osoby – [załącznik nr 4](#),
- 6) oryginał weksla podpisanego przez upoważnione do występowania w imieniu Oddziału PTTK osoby – [załącznik nr 5](#),
- 7) oryginał oświadczenia majątkowego podpisany przez upoważnione do występowania w imieniu Oddziału PTTK osoby ([załącznik nr 6](#))
- 8) oryginał oświadczenia o niezaleganiu ZUS i US podpisany przez upoważnione do występowania w imieniu Oddziału PTTK osoby ([załącznik nr 7](#))
- 9) Po otrzymaniu kpl. dokumentów wskazanych w pkt. 5 AXA niezwłocznie podpisuje umowę gwarancji oraz wystawia gwarancję turystyczną ([załącznik nr 8](#)) i przesyła skany ww. dokumentów pocztą elektroniczną na adres Oddziału PTTK a oryginały kurierem do Oddziału PTTK, najpóźniej następnego dnia roboczego po ich podpisaniu.

AXA zastrzega sobie prawo indywidualnej oceny złożonych wniosków o udzielenie gwarancji turystycznej oraz w uzasadnionych przypadkach odmowy udzielenia gwarancji.

Oddziałom PTTK zawierającym umowę gwarancji turystycznej na podstawie porozumienia przysługuje 15% zniżka w składce taryfowej z tytułu udzielenia gwarancji turystycznej.

Załączniki są na stronie http://www.pttk.pl/zycie/ubezpieczenia/gwarancja_turystyczna/gt2018/

VII. Ubezpieczenie z tytułu zarządzania (ubezpieczenie odpowiedzialności D&O)

ZG PTTK 12 czerwca 2013 roku po raz pierwszy zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności z tytułu zarządzania z Lloyd`s (reprezentowanego przez Spółkę z Leadenhall Polska S.A). Obecnie mamy polisę z ww. ubezpieczycielem zawartą na okres od 01.07.2018 r. do 30.06.2019 r. Do umowy mogą przystępować również Zarządy Oddziałów PTTK. Polisa już są objęci: Zarząd Główny PTTK, Zarządy Spółek PTTK a także zarządy oddziałów i jednostek regionalnych PTTK, które przystąpiły do umowy.

Zakres czasowego ubezpieczenia:

Umowa ubezpieczenia obejmuje roszczenia z tytułu czynu bezprawnego popełnionego lub rzekomo popełnionego po dacie retroaktywnej określonej w umowie ubezpieczenia (o ile data ta ma zastosowanie), a przed upływem okresu ubezpieczenia, skierowane przeciwko członkowi kierownictwa lub Spółce po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, albo w dodatkowym okresie zgłaszania roszczeń (o ile ma on zastosowanie) i zgłoszone ubezpieczycielowi w tym samym zakresie.

W przypadku zainteresowania ubezpieczeniem, należy skontaktować się z kol. Natalia Wojtyrą, która przekaże szczegóły dotyczące zasad przyłączenia do umowy:

tel. 22 826 22 51 wew. 111

natalia.wojtyra@pttk.pl

Na stronie internetowej w dziale: *Życie PTTK* pod tytułem *Ubezpieczenia dla członków i struktur organizacyjnych PTTK* (ubezpieczenie: NNW, OC, mienie) znajduje się pełna informacja wraz z obowiązującymi tekstami i formularzami: zgłoszenia szkody, zgłoszenia do ubezpieczenia (<http://www.pttk.pl/zycie/ubezpieczenia/>).

Przygotowała:

Natalia Wojtyra przy współpracy z BBU Maxima-Fides Sp. z o. o.

¹ Odpowiedzialność deliktowa (*ex delicto*) jest regulowana przede wszystkim w art. 415-449 k.c. Odpowiedzialność cywilna - deliktowa dotyczy odpowiedzialności za czyn niedozwolony. Pojęcie czynu niedozwolonego jest pojęciem szerokim, bowiem czynem niedozwolonym jest działanie bądź zaniechanie sprzeczne z prawem lub zasadami współżycia społecznego. Czynem niedozwolonym mogą być również uznane również skutki czynów, które w istocie nie mają znamion bezprawności, jak również skutki zdarzeń, które nie są ludzkim działaniem bądź zaniechaniem działania np. szkody wyrządzone przez zwierzęta lub rzeczy, za naprawienie których określona osoba jest jednak odpowiedzialna. Jeśli chodzi zaś o zaniechanie to tylko wtedy rodzi ono odpowiedzialność, gdy istniał prawny obowiązek działania. Czyn niedozwolony jest źródłem stosunku zobowiązaniowego. Każde zdarzenie wyrządzające szkodę innej osobie implikuje powstanie stosunku zobowiązaniowego, zarówno wtedy, gdy strony nie są związane stosunkiem obligacyjnym, jak i wtedy, gdy szkoda powstała poza tym stosunkiem. Zastosowanie odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych jest niezależne od tego, czy stronami stosunku zobowiązaniowego są osoby fizyczne, osoby prawne czy też podmioty nie posiadające osobowości prawnej.

² Ogólne określenie odpowiedzialności kontraktowej (*ex contractu*) zostało przedstawione w art. 471 k.c.: „Dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi”.