

Regulamin Programu Assistance medyczny

Organizator Programu

1. Organizatorem Programu Assistance medyczny, zwanego dalej „Programem” jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A z siedzibą przy ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa, zarejestrowane w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000025443, kapitał zakładowy 41.000.000,00 zł, wpłacony w całości; NIP 527-10-02-574 (dalej: Nationale-Nederlanden).

Ubezpieczyciel

2. Ubezpieczycielem w ramach Programu jest AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000189340, NIP 107-00-00-164, REGON 015647690, (dalej: AWP P&C SA.).

Cel programu

3. Celem Programu Assistance medyczny (dalej: „Program”) jest umożliwienie jego Uczestnikom, w ramach ubezpieczenia grupowego, skorzystania ze świadczeń assistance realizowanych przez Ubezpieczyciela – za pośrednictwem Mondial Assistance sp. z o.o. (dalej: Centrum operacyjne).
4. Uczestnictwo w Programie jest bezpłatne.
5. Zakres świadczeń assistance obejmuje:
 - a) transport medyczny,
 - b) dostarczenie leków,
 - c) organizację procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt,
 - d) organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
 - e) organizację i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza,
 - f) organizację i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki,
 - g) pomoc w przypadku utraty pracy (pakiet informacyjny, aktywne poszukiwanie pracy, pomoc psychologa po utracie pracy),

- h) pomoc chorym dzieciom (organizacja prywatnych lekcji, organizację opiekuńki),
 - i) zdrowotne usługi informacyjne:
 - j) infolinię „baby assistance”
 - k) infolinię „fitness assistance”
 - l) infolinię kulturalną.
6. Warunki korzystania ze świadczeń assistance wskazane są w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia Assistance.
 7. Ochrona assistance w ramach Programu Assistance Medyczny trwa 12 miesięcy i może być przedłużona na kolejny okres 12 miesięcy.
 8. Prawo do korzystania ze świadczeń assistance przysługuje również Dzieciom uczestnika Programu.

Przystąpienie do Programu

9. Uczestnikami Programu mogą być wyłącznie osoby, które otrzymają od Nationale-Nederlanden zaproszenie do udziału w Programie i przystąpią do Programu.
10. Warunkiem uczestnictwa w Programie jest złożenie oświadczenia obejmującego:
 - a) zgodę na przystąpienie do Programu,
 - b) zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia Assistance Medyczny,
 - c) zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Nationale-Nederlanden oraz AWP P&C SA. Oddział w Polsce w celach związanych z udzielaną ochroną ubezpieczeniową (wyrażenie powyższej zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do zgłoszenia do ubezpieczenia i realizacji świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia).
11. Przystąpienie do Programu będzie oznaczało, że Uczestnik zapoznał się z postanowieniami niniejszego Regulaminu oraz Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny i zaakceptował je.
12. Uczestnik Programu zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową assistance z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.

Wygaśnięcie prawa do świadczeń assistance:

13. Prawo do świadczeń assistance w stosunku do danego Uczestnika wygasa:
 - a) z końcem ostatniego dnia okresu, o którym mowa w pkt 6;

- b) z dniem, w którym Uczestnik przestanie spełniać warunki przystąpienia do Programu.
 - c) z dniem wygaśnięcia umowy grupowego ubezpieczenia assistance zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden i AWP P&C SA. Oddział w Polsce;
w zależności od tego, które z tych zdarzeń wystąpi pierwsze.
14. O każdym przypadku wygaśnięcia prawa uczestnika Programu do korzystania ze świadczeń assistance z przyczyn wskazanych w pkt 12 pkt c) Uczestnik zostanie poinformowany w formie pisemnej.

Postanowienia końcowe

- 15. Organizator zastrzega sobie prawo do zmiany treści niniejszego Regulaminu oraz odwołania niniejszego Programu bez podania przyczyn, co nie będzie miało wpływu na prawa nabyte.
- 16. O wszelkich zmianach Regulaminu oraz o odwołaniu Programu Organizator poinformuje wszystkich uczestników Programu w formie pisemnej.
- 17. Do dokonania zmiany Regulaminu lub odwołania Programu nie jest wymagana zgoda uczestników Programu.
- 18. Wszelkie roszczenia związane z realizacją świadczeń w ramach ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 uczestnik programu zobowiązany jest zgłaszać bezpośrednio do AWP P&C SA. Oddział w Polsce ul. Domaniewska 50B w Warszawie.
- 19. Osoba objęta ochroną z tytułu kilku umów bądź zaproszeń może korzystać ze świadczeń assistance w ramach limitów wskazanych w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia Assistance. Świadczenia assistance w takim przypadku nie mogą być kumulowane.

Dane osobowe

- 20. Dane osobowe uzyskane od uczestników Programu będą gromadzone i wykorzystywane przez Organizatora oraz AWP P&C SA. Oddział w Polsce wyłącznie w celach związanych z udziałem w Programie (zgłoszenie do ubezpieczenia, realizacja świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia), zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych.
- 21. Administratorami danych osobowych uczestników Programu są:
 - a) Nationale-Nederlanden,
 - b) AWP P&C SA. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, Warszawa
- 22. Każdy uczestnik ma prawo wglądu do przetwarzanych danych osobowych oraz ich poprawiania.

Informacje dotyczące:

Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (OWU) „Ubezpieczenie Assistance” dla uczestników Programu Assistance organizowanego przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844)

Informacje zawarte w OWU

Nr Artykułu

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	§ 5, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 4; § 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Ubezpieczenia Assistance” dla uczestników Programu Assistance organizowanego przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1.

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Ubezpieczenia Assistance” (dalej „OWU”), mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia assistance, zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej „Ubezpieczający”), a AWP P&C S.A. Oddział w Polsce (dalej „Ubezpieczyciel”), na podstawie której Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej osobom fizycznym, które przystąpiły do Programu Assistance (dalej „Ubezpieczeni”).
2. Na podstawie niniejszych OWU Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonym ochronę w zakresie wskazanym w § 5.
3. Do realizacji postanowień niniejszych OWU w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela uprawnione jest Centrum Operacyjne, czynne całą dobę, przez wszystkie dni w roku. Do zakresu uprawnień Centrum Operacyjnego należy:
 - 1) przyjmowanie i rejestracja zgłoszeń zdarzeń;
 - 2) weryfikacja uprawnień Ubezpieczonego do świadczeń przysługujących na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia;
 - 3) rozpatrywanie roszczeń z tytułu Umowy grupowego ubezpieczenia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie niniejszych OWU jest udzielana wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Administratorem danych osobowych Ubezpieczonego jest AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą przy ulicy Domaniewskiej 50 B (02-672 Warszawa), wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000189340 NIP: 1070000164. Ubezpieczony ma prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, żądania zaprzestania przetwarzania danych oraz do wniesienia sprzeciwu na warunkach określonych w ustawie z dnia

29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Celem przetwarzania danych osobowych jest należyte wykonywanie usług assistance w zakresie świadczenia ubezpieczeniowego w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego na podstawie niniejszych OWU. Ubezpieczyciel jest uprawniony do dalszego powierzenia danych osobowych w/w osób w/w celu i zakresie.

6. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje OWU na piśmie osobie zainteresowanej przystąpieniem do Umowy grupowego ubezpieczenia, lub na innym trwałym nośniku, jeśli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę.
7. Pojęcia w OWU pisane wielkimi literami mają znaczenie nadane im w § 2. i należy je interpretować w sposób w nich wskazany. Jeżeli z kontekstu OWU nie wynika inaczej, słowa występujące w liczbie mnogiej obejmują te same słowa w liczbie pojedynczej i odwrotnie.

DEFINICJE

§2.

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

- 1) **Centrum Operacyjne** – AWP Polska sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B, KRS nr 0000130257 – podmiot realizujący świadczenia assistance wynikające z OWU;
- 2) **Choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed przystąpieniem do Umowy grupowego ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem do Umowy grupowego ubezpieczenia;
- 3) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);

- 4) **Data wypowiedzenia umowy o pracę** – data wskazana przez Pracodawcę w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy o pracę;
- 5) **Deklaracja woli** – dokument złożony do Ubezpieczającego, zawierający oświadczenie woli osoby zainteresowanej przystąpieniem do Umowy grupowego ubezpieczenia i zgodę na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową oraz zgodę na przetwarzanie jej danych osobowych, sporządzony w formie pisemnej;
- 6) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 22 roku życia;
- 7) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
- 8) **Lekarz Centrum Operacyjnego** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
- 9) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
- 10) **Nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie o charakterze losowym, wywołane Przyczyną wyłącznie zewnętrzną, niezależne od woli poszkodowanego, w następstwie którego poszkodowany doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
- 11) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 12) **Program Assistance** – program zorganizowany przez Ubezpieczającego, polegający na umożliwieniu osobom zainteresowanym przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia.
- 13) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu, które było wyłącznym czynnikiem powodującym obrażenia ciała, polegające na oddziaływaniu na ciało:
 - a) energii kinetycznej – powodującej obrażenia w postaci urazów, uderzeń,
 - b) energii termicznej, elektrycznej – powodującej obrażenia w postaci oparzeń,
 - c) czynników grawitacyjnych – powodujących obrażenia ciała w postaci urazów,
 - d) czynników chemicznych – powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc,
 - e) czynników akustycznych – powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.
- 14) **Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w jakim Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na zasadach wskazanych w OWU, rozpoczynający się w stosunku do danego Ubezpieczonego z pierwszym dniem kolejnego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przystąpił do Umowy grupowego ubezpieczenia;
- 15) **Pracodawca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczonym umowę o pracę;
- 16) **Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Ubezpieczyciela;
- 17) **Sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający lub ułatwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; za Sprzęt rehabilitacyjny w rozumieniu niniejszych OWU uznaje się wyłącznie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerki rehabilitacyjne, wałki, półwałki, kliny, kostki do rehabilitacji, dyski korekcyjne (w tym sensomotoryczne), ciężarki do rehabilitacji, maty rehabilitacyjne, lekkie gipsy, poduszki ortopedyczne, stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaski żebrowe, pasy poporodowe, pasy stabilizujące mostek, pasy przepuklinowe;
- 18) **Transport medyczny** – transport medyczny zapewniony przez Centrum Operacyjne, dostosowany do stanu zdrowia Ubezpieczonego; za Transport medyczny w rozumieniu niniejszych OWU nie uznaje się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
- 19) **Ubezpieczający** – spółka pod firmą Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Topiel nr 12, 00-342 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000025443;
- 20) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do Umowy grupowego ubezpieczenia, objęta ochroną na podstawie niniejszych OWU;
- 21) **Ubezpieczyciel** – spółka pod firmą AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą przy ul. Domaniewskiej 50b, 02-672 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000189340;
- 22) **Umowa grupowego ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia assistance, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem i Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych, do której mają zastosowanie niniejsze OWU;
- 23) **Utrata pracy przez Ubezpieczonego** – otrzymanie przez Ubezpieczonego oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z przyczyn dotyczących Pracodawcy (ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych);
- 24) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenie losowe, które wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) Nagłe zachorowanie;
 - b) Nieszczęśliwy wypadek;
 - c) Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek Dziecka;
 - d) Utrata pracy przez Ubezpieczonego.

**PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA OKRES OCHRONY
UBEZPIECZENIOWEJ I CZAS TRWANIA
ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

§3.

1. Do Umowy grupowego ubezpieczenia może przystąpić osoba zainteresowana, która złożyła do Ubezpieczającego podpisaną Deklarację woli.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o przystąpieniu osoby, o której mowa w ust. 1, do Umowy grupowego ubezpieczenia, w trybie uzgodnionym w Umowie grupowego ubezpieczenia oraz przekazać tej osobie OWU przed wypełnieniem przez nią Deklaracji woli.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z pierwszym dniem Okresu ochrony ubezpieczeniowej, przy czym nie wcześniej aniżeli w dniu opłacenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego. Okres ochrony ubezpieczeniowej trwa 12 kolejnych miesięcy kalendarzowych i zostaje automatycznie przedłużony, na kolejne Okresy ochrony ubezpieczeniowej, o ile Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie postanowią inaczej.
4. Ubezpieczony ma prawo do wystąpienia z Umowy grupowego ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania. W tym celu Ubezpieczony składa Ubezpieczającemu na piśmie podpisane przez siebie oświadczenie o rezygnacji, zawierające dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego oraz prośbę o zaniechanie obejmowania ochroną z tytułu Umowy grupowego ubezpieczenia. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji.
5. Umowa grupowego ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie należy przesać w formie pisemnej listem poleconym, za potwierdzeniem odbioru, na ostatni znany adres odpowiednio Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego.
6. Umowa grupowego ubezpieczenia została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, zatem Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy grupowego ubezpieczenia w terminie 7 dni od jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy grupowego ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
7. Niezależnie od ust. 5, Ubezpieczający ma prawo rozwiązać Umowę grupowego ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku jej niewykonywania lub nienależytego wykonywania przez Ubezpieczyciela lub podmioty, z którymi Ubezpieczyciel współpracuje przy jej realizacji, pomimo uprzedniego bezskutecznego wezwania Ubezpieczyciela do wykonywania Umowy grupowego

- ubezpieczenia lub zaniechania jej nienależytego wykonania i wyznaczenia mu w tym celu co najmniej 30-dniowego terminu na usunięcie naruszeń.
8. Niezależnie od ust. 5 Ubezpieczyciel ma prawo rozwiązać Umowę grupowego ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia po stronie Ubezpieczającego zwłoki w zapłacie składki ubezpieczeniowej, trwającej ponad 30 dni lub w razie rażącego i zawinionego naruszenia przez Ubezpieczającego postanowień Umowy grupowego ubezpieczenia. Rozwiązanie Umowy grupowego ubezpieczenia w powyższych przypadkach może nastąpić wyłącznie po uprzednim bezskutecznym pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty lub do usunięcia naruszeń w dodatkowym terminie 30 dni.
 9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:
 - 1) z końcem ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony wystąpił z Umowy grupowego ubezpieczenia, zgodnie z ust. 4;
 - 2) z końcem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia, zgodnie z ust. 5;
 - 3) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy grupowego ubezpieczenia, zgodnie z ust. 6;
 - 4) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający rozwiązał Umowę grupowego ubezpieczenia, zgodnie z ust. 7;
 - 5) z końcem dnia, w którym Ubezpieczyciel rozwiązał Umowę grupowego ubezpieczenia, zgodnie z ust. 8.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§4.

Składka ubezpieczeniowa jest finansowana w całości przez Ubezpieczającego i została określona w Umowie grupowego ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§5.

1. Przedmiotem ubezpieczenia „Ubezpieczenie Assistance” jest organizacja usług assistance, w terminie nieprzekraczającym 2 Dni roboczych od dnia przyjęcia zgłoszenia, oraz pokrycie ich kosztów w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, a także zapewnienie dostępu do zdrowotnych usług informacyjnych, infolinii „baby assistance”, infolinii „fitness assistance”, infolinii kulturalnej.
2. Ubezpieczyciel pokrywa koszty usług assistance w zakresie i do wysokości limitów kwotowych i ilościowych, wskazanych w Tabeli nr 1 (ust. 11), które stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na Zdarzenia ubezpieczeniowe.
3. Zakres usług assistance, w przypadku wystąpienia objętego ochroną Ubezpieczyciela Nagłego zachorowania, obejmuje:

- 1) **Transport medyczny do Placówki medycznej**
Ubezpieczyciel zapewnia organizację Transportu medycznego z miejsca pobytu Ubezpieczonego do najbliższej Placówki medycznej oraz pokrywa jego koszty; Transport medyczny jest organizowany o ile według wiedzy Lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia Ubezpieczonego;
 - 2) **Transport medyczny między Placówkami medycznymi**
Jeżeli Placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jeżeli Ubezpieczony został skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej Placówki medycznej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację Transportu medycznego oraz pokrywa jego koszty; Transport medyczny jest organizowany o ile według wiedzy lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego;
 - 3) **Transport medyczny z placówki medycznej**
Ubezpieczyciel zapewnia organizację Transportu medycznego z Placówki medycznej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego; Transport medyczny jest organizowany o ile według wiedzy Lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia Ubezpieczonego;
 - 4) **Dostarczenie leków**
Jeżeli, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, wskazanym w dokumencie zwolnienia lekarskiego, Ubezpieczony wymaga leżenia, Ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego; Ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez Ubezpieczonego;
 - 5) **Organizacja procesu rehabilitacyjnego**
Jeżeli, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, wymaga on rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyt fizjoterapeuty (koszty przyjazdu i honorarium) w miejscu pobytu Ubezpieczonego albo zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej i pokrywa koszty zabiegów rehabilitacyjnych przeprowadzonych w poradni rehabilitacyjnej, przy czym o miejscu wykonania zabiegów decyduje lekarz prowadzący leczenie Ubezpieczonego;
 - 6) **Wypożyczenie albo zakup Sprzętu rehabilitacyjnego**
Jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, powinien on używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Ubezpieczyciel zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących Sprzęt rehabilitacyjny oraz:
 - a) zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego,
 - b) pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 7) **Wizyta lekarska**
Ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu Ubezpieczonego (koszty przyjazdu i honorarium), albo zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty Ubezpieczonego u lekarza w Placówce medycznej; Ubezpieczyciel pokrywa koszty maksymalnie 4 wizyt w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zakres usług assistance, w przypadku wystąpienia objętego ochroną Ubezpieczyciela Nieszczęśliwego wypadku obejmuje:
 - 1) **Transport medyczny do Placówki medycznej**
Ubezpieczyciel zapewnia organizację Transportu medycznego z miejsca pobytu Ubezpieczonego do najbliższej Placówki medycznej oraz pokrywa jego koszty; Transport medyczny jest organizowany o ile według wiedzy Lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia Ubezpieczonego;
 - 2) **Transport medyczny między Placówkami medycznymi**
Jeżeli Placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jeżeli Ubezpieczony został skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej Placówki medycznej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację Transportu medycznego oraz pokrywa jego koszty; Transport medyczny jest organizowany o ile według wiedzy lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego;
 - 3) **Transport medyczny z placówki medycznej**
Ubezpieczyciel zapewnia organizację Transportu medycznego z Placówki medycznej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego; Transport medyczny jest organizowany o ile według wiedzy Lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia Ubezpieczonego;
 - 4) **Dostarczenie leków**
Jeżeli, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, wskazanym w dokumencie zwolnienia lekarskiego,

- Ubezpieczony wymaga leżenia, Ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego; Ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez Ubezpieczonego;
- 5) **Organizacja procesu rehabilitacyjnego**
Jeżeli, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, wymaga on rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyt fizjoterapeuty (koszty przyjazdu i honorarium) w miejscu pobytu Ubezpieczonego albo zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej i pokrywa koszty zabiegów rehabilitacyjnych przeprowadzonych w poradni rehabilitacyjnej, przy czym o miejscu wykonania zabiegów decyduje lekarz prowadzący leczenie Ubezpieczonego;
- 6) **Wypożyczenie albo zakup Sprzętu rehabilitacyjnego**
Jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, powinien on używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Ubezpieczyciel zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących Sprzęt rehabilitacyjny oraz:
- zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
 - pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego;
- 7) **Wizyta lekarska**
Ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu Ubezpieczonego (koszty przyjazdu i honorarium), albo zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty Ubezpieczonego u lekarza w Placówce medycznej;
- 8) **Wizyta pielęgniarki**
Ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty przyjazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium;
5. Zakres usług assistance i usług informacyjnych, w przypadku wystąpienia objętej ochroną Ubezpieczyciela Utraty pracy przez Ubezpieczonego obejmuje:
- Pakiet informacyjny**
Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysyła do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - instrukcje dotyczące pisania CV oraz wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV),
 - instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego;
 - instrukcje dotyczące pisania biznes planu stworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznes planu.
 - Informacja telefoniczna**
Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:
 - kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy,
 - komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne,
 - prawa i obowiązki bezrobotnych,
 - rejestracja w urzędzie pracy,
 - komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych,
 - sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych,
 - inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym,
 - dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
 - dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - dokumenty i procedury, konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej;
 - Aktywne poszukiwanie pracy**
Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy, biura pośrednictwa lub Ubezpieczyciel niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym przez okres 6 miesięcy liczonym od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - Pomoc psychologa po utracie pracy**
Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem. Termin i miejsce wizyty uzgadnia Ubezpieczyciel z Ubezpieczonym. Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczonego świadczy poprzez Centrum Operacyjne usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6 miesięcy od daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Warunkiem uzyskania dostępu do świadczeń wymienionych w ust. 6 pkt. 1-4 jest wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, potwierdzone dostarczoną do Centrum Operacyjnego kopią oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z przyczyn dotyczących Pracodawcy.

6. Zakres usług assistance, w przypadku wystąpienia objętego ochroną Ubezpieczyciela Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Dziecka obejmuje:
- 1) **Organizację prywatnych lekcji**
Jeżeli, Dziecko będzie musiało przebywać w domu powyżej 10 dni, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania Dziecka;
 - 2) **Organizację opieki**
Jeżeli, Dziecko będzie musiało przebywać w domu powyżej 10 dni, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów opieki nad Dzieckiem w miejscu zamieszkania Dziecka.
7. Zakres zdrowotnych usług informacyjnych obejmuje zapewnienie Ubezpieczonemu dostępu informacji dotyczących:
- 1) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
 - 2) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży;
 - 3) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - 4) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - 5) sposobu przygotowania się do zabiegów lub badań medycznych;
 - 6) diet, metod zdrowego odżywiania.
8. Zakres infolinii „baby assistance” obejmuje zapewnienie Ubezpieczonemu dostępu do informacji dotyczących:
- 1) objawów ciąży;
 - 2) badań prenatalnych;
 - 3) wskazówek w zakresie przygotowań do porodu;
 - 4) danych teleadresowych szkół rodzenia;
 - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
 - 6) karmienia i pielęgnacji noworodka;
 - 7) obowiązkowych szczepień dzieci.
9. Zakres infolinii „fitness assistance” obejmuje zapewnienie Ubezpieczonemu dostępu do informacji dotyczących:
- 1) uwarunkowań zdrowotnych i przeciwwskazań do uprawiania konkretnej dyscypliny sportu;
 - 2) różnorodnych form aktywności ruchowej i związanych z tym uwarunkowań dla kobiet w ciąży;
 - 3) rodzajów diet, nawyków żywieniowych, błędów żywieniowych, pomocy w zrozumieniu procesów i reakcji zachodzących w organizmie;
 - 4) danych teleadresowych klubów sportowych, salonów kosmetycznych, salonach SPA i basenów;
 - 5) imprez i wydarzeń sportowych w kraju i za granicą;
10. Zakres infolinii kulturalnej obejmuje zapewnienie Ubezpieczonemu dostępu do informacji dotyczących:
- 1) imprez muzycznych, koncertów, seansów filmowych, imprez teatralnych, imprez plenerowych, wystaw;
 - 2) cen biletów na wydarzenia kulturalne i ich dostępności;
 - 3) dostępności miejsc hotelowych w danym mieście;
 - 4) dogodnych środków komunikacji w danym mieście.

11. Tabela świadczeń nr 1.

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie	Limit na świadczenie	Łączny limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Nagle zachorowanie	Transport medyczny do Placówki medycznej	bez limitu	2 000 zł
	Transport medyczny między placówkami medycznymi	bez limitu	
	Transport medyczny z Placówki medycznej	bez limitu	
	Dostarczenie leków	300 zł	
	Organizacja procesu rehabilitacyjnego	700 zł	
	Wypożyczenie albo zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	transport 300 zł/ wypożyczenie albo zakup 500 zł	
	Wizyta lekarska	4 wizyt w Okresie ochrony ubezpieczeniowej	
Nieszczęśliwy wypadek	Transport medyczny do Placówki medycznej	bez limitu	2 000 zł
	Transport medyczny między placówkami medycznymi	bez limitu	
	Transport medyczny z Placówki medycznej	bez limitu	
	Dostarczenie leków	300 zł	
	Organizacja procesu rehabilitacyjnego	700 zł	
	Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	transport 300 zł/ wypożyczenie albo zakup 500 zł	
	Wizyta lekarska	bez limitu	
	Wizyta pielęgniarki	bez limitu	
Utrata pracy przez Ubezpieczonego	Pakiet informacyjny	-	500 zł
	Informacja telefoniczna	-	
	Aktywne poszukiwanie pracy	-	
	Pomoc psychologa po utracie pracy	500 zł	
Nagle zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek Dziecka	Organizacja prywatnych lekcji	500 zł	1 000 zł
	Organizacja opieki	500 zł	
na wniosek Ubezpieczonego	Zdrowotne usługi informacyjne		nielimitowany dostęp
na wniosek Ubezpieczonego	Infolinia „baby assistance”		nielimitowany dostęp
na wniosek Ubezpieczonego	Infolinia „fitness assistance”		nielimitowany dostęp
na wniosek Ubezpieczonego	Infolinia kulturalna		nielimitowany dostęp

12. Jeżeli koszt usługi assistance przekracza limit kwotowy ustalony dla tej usługi w OWU, może być ona wykonana przez Ubezpieczyciela, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi usługi assistance a zagwarantowanym przez Ubezpieczyciela limitem kwotowym.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§6.

1. Ochrona Ubezpieczyciela nie są objęte:
 - 1) Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) świadczenie usług assistance poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Ochroną Ubezpieczyciela nie są objęte Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe z tytułu lub w następstwie:
- 1) umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - 2) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności lub zasadom współżycia społecznego;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego w rozumieniu ustawy Kodeks karny lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych;
 - 4) umyślnego samookaleczenia, popełnienia samobójstwa lub jego usiłowania przez Ubezpieczonego;
 - 5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wojny domowej, aktów terrorizmu, sabotażu, zamieszek społecznych i wojskowych, strajków, lokautów, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - 6) spożycia alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) spożycia leków niezarejestrowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem silnikowym bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) Chorób psychicznych;
 - 10) Chorób przewlekłych;
 - 11) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
 - 12) zarażenia HIV, chorobami przekazywanymi drogą płciową;
 - 13) nieprzestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego;
 - 14) katastrof naturalnych (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne);
 - 15) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 16) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, przez co rozumie się regularne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawionej dyscypliny sportu;
 - 17) uprawiania następujących sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, lotniarstwo (i jego odmiany), nurkowanie przy użyciu automatu oddechowego na głębokość większą niż 30 m p.p.m., skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo,

speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wspinaczka wysokogórska (powyżej 5 500 m n.p.m.), wyścigi i rajdy samochodowe i motocyklowe;

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczeń, jeżeli zostało ono spowodowane działaniem Siły wyższej.

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§7.

1. Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest niezwłocznie po wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego lub zaistnieniu konieczności skorzystania z usług assistance, skontaktować się z Centrum Operacyjnym pod numerem telefonu: +48 22 563 11 90 i podać następujące informacje:
 - 1) PESEL Ubezpieczonego;
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 3) adres miejsca pobytu Ubezpieczonego;
 - 4) numer telefonu pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - 5) opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
2. Ubezpieczony lub osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym w jego imieniu powinna dokładnie wyjaśnić pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, a także, na wniosek pracownika Centrum Operacyjnego, dostarczyć dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela bądź wysokości świadczenia.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO, UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZYCIELA

§8.

1. Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu ma prawo do zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego do Centrum Operacyjnego, począwszy od dnia rozpoczęcia Okresu ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Operacyjnego, udzielać informacji niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia a także przekazywać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Operacyjne, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczony ma obowiązek poinformowania Ubezpieczyciela o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia (imię, nazwisko, adres korespondencyjny).
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - 1) doręczania osobom zainteresowanym OWU, przed złożeniem przez nie Deklaracji woli przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia;

- 2) opłacania składki w uzgodnionym terminie;
 - 3) przyjmowania Deklaracji woli przystąpienia składanych w związku z Umową grupowego ubezpieczenia zgodnie z treścią ustaloną z Ubezpieczycielem a także przekazywanie ich do Ubezpieczyciela w terminie i na uzgodnionych warunkach;
5. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do:
- 1) realizacji usług assistance na rzecz danego Ubezpieczonego na zasadach określonych w OWU;
 - 2) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową grupowego ubezpieczenia;
 - 3) udzielania, na wniosek Ubezpieczonego, informacji o postanowieniach zawartej Umowy grupowego ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków Ubezpieczonego;
6. Obowiązki Ubezpieczyciela wynikające z Umowy grupowego ubezpieczenia będą wykonywane przez niego osobiście lub przez podmioty przez niego wskazane. Ubezpieczyciel ponosi pełną odpowiedzialność za działania lub zaniechania osób i podmiotów, którym powierzył wykonanie na rzecz Ubezpieczonego usług assistance.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§9.

1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 1.

REGRES

§10.

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela z dniem wypłaty świadczenia przez Ubezpieczyciela do wysokości wykonanego lub wypłaconego świadczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Ubezpieczyciela, zrezygnuje z prawa dochodzenia roszczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa do zabezpieczenia roszczenia, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia do wysokości należnego roszczenia.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.

4. Na żądanie Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, przekazując informacje i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§11.

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i uprawnionego z Umowy grupowego ubezpieczenia, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy grupowego ubezpieczenia, Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy grupowego ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy mogą złożyć do Ubezpieczyciela w formie:
 - 1) ustnej – telefonicznie pod numer: (+48 22) 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku w Dni robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - 2) pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - 3) elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl
3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy grupowego ubezpieczenia niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni. O wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej pocztą. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora Oddziału Ubezpieczyciela. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest pocztą lub zgodnie z ust. 4.
6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy grupowego ubezpieczenia, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy grupowego ubezpieczenia przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia

jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Biuro Rzecznika Finansowego

Al. Jerozolimskie 87
02-001 Warszawa
tel. +48 22 333-73-26 – Recepcja
+48 22 333-73-27 – Recepcja
faks +48 22 333-73-29
www.rf.gov.pl

Infolinia Konsumentencka

Infolinia prowadzona przez Federację Konsumentów
telefon: 800 007 707 (od poniedziałku do piątku w godz. 9:00-17:00)
e-mail: info@federacja-konsumentow.org.pl

14. Niniejsze OWU przyjęte zostały Uchwałą Ubezpieczyciela nr U/010/2017 z dnia 16 marca 2017 r. i wchodzi w życie z dniem 17 marca 2017 r.



Tomasz Frączek
Dyrektor Oddziału

8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie Umowy grupowego ubezpieczenia.
9. Prawem właściwym dla OWU jest prawo polskie.
10. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy grupowego ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
11. Spory wynikające z Umowy grupowego ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel, tj. AWP P&C S.A. Oddział w Polsce siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000189340, NIP 107-00-00-164.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy grupowego ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy grupowego ubezpieczenia.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy grupowego ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy grupowego ubezpieczenia.