

Program Assistance medyczny

Spis treści

Regulamin Programu Assistance medyczny.....	1
Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Ubezpieczenie Assistance” dla Uczestników Programu Assistance medyczny organizowanego przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.....	6
Polityka prywatności	17

Organizator Programu

1. Organizatorem Programu Assistance medyczny, zwanego dalej „Programem” jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-342) przy ul. Topiel 12, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 000002813, Kapitał zakładowy 59 460 000 zł, wpłacony w całości; NIP 526-030-50-06 (dalej: Nationale-Nederlanden).

Ubezpieczyciel

2. Ubezpieczycielem w ramach Programu jest spółka pod firmą AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą przy ul. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000189340, NIP: 107000016, REGON: 0156476904, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France (dalej: AWP P&C S.A.).

Cel programu

3. Celem Programu jest umożliwienie jego Uczestnikom, przystąpienia do ubezpieczenia grupowego i skorzystania ze świadczeń assistance dostarczanych przez Ubezpieczyciela.
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, organizacja opieki),
- 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 Ubezpieczenia „Ubezpieczenie Assistance”.
7. Ochrona assistance w ramach Programu 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.
11. Przystąpienie do Programu będzie oznaczało, że Uczestnikowi udostępniono postanowienia niniejszego Regulaminu oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Ubezpieczenie Assistance”.
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 7;
 - b) z dniem, w którym Uczestnik przestanie spełniać warunki przystąpienia do Programu;
 - c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy grupowego ubezpieczenia assistance zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden i AWP P&C S.A. Oddział w Polsce;w zależności od tego, które z tych zdarzeń wystąpi pierwsze.
14. W przypadku wygaśnięcia prawa Uczestnika Programu do korzystania ze świadczeń assistance z przyczyn wskazanych w pkt 13 pkt c) Uczestnik zostanie poinformowany w formie pisemnej.

Postanowienia końcowe

15. O wszelkich zmianach Regulaminu oraz o odwołaniu Programu Organizator poinformuje wszystkich Uczestników Programu w formie pisemnej.
16. Do zmiany Regulaminu z przyczyn określonych w ust. 15 lub odwołania Programu nie jest wymagana zgoda Uczestników Programu.
17. Wszelkie roszczenia związane z realizacją świadczeń assistance w ramach ubezpieczenia, o którym mowa w pkt 5 Uczestnik Programu zobowiązany jest zgłaszać bezpośrednio do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Konstruktorska 12 w Warszawie.
18. Osoba objęta ochroną z tytułu kilku umów bądź zaproszeń może korzystać ze świadczeń assistance w ramach limitów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „Ubezpieczenie Assistance”. Świadczenia assistance w takim przypadku nie mogą być kumulowane.
19. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie 6 sierpnia 2023 roku

„Ubezpieczenie Assistance”

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce

Produkt: Ubezpieczenie Assistance

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

„Ubezpieczenie Assistance” dla Uczestników Programu Assistance medyczny organizowanego przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. jest ubezpieczeniem grupowym (Dział II, Grupa 18).

Ubezpieczający: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia 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.

✓ Zakres usług assistance, w przypadku Nagłego zachorowania:

- Transport medyczny do Placówki medycznej
- Transport medyczny między Placówkami medycznymi
- Transport medyczny z Placówki medycznej
- Dostarczenie leków
- Organizacja procesu rehabilitacyjnego
- Wypożyczenie albo zakup Sprzętu rehabilitacyjnego
- Wizyta lekarska
- **Limity tych świadczeń:** Łącznie na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe: 2 000 zł

✓ Zakres usług assistance, w przypadku Nieszczęśliwego wypadku:

- Transport medyczny do Placówki medycznej
- Transport medyczny między Placówkami medycznymi
- Transport medyczny z Placówki medycznej
- Dostarczenie leków
- Organizacja procesu rehabilitacyjnego
- Wypożyczenie albo zakup Sprzętu rehabilitacyjnego
- Wizyta lekarska
- Wizyta pielęgniarki
- **Limity tych świadczeń:** Łącznie na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe: 2 000 zł

✓ Zakres usług assistance i usług informacyjnych w przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego:

- Pakiet informacyjny



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Ochroną Ubezpieczyciela nie są objęte:
- ✗ Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- ✗ świadczenie usług assistance poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ochroną Ubezpieczyciela nie są objęte Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe z tytułu lub w następstwie:

- ! umyślnego działania Ubezpieczonego,
- ! rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności lub zasadom współżycia społecznego,
- ! popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego w rozumieniu ustawy Kodeks Karny lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych,
- ! umyślnego samookaleczenia, popełnienia samobójstwa lub jego usiłowania przez Ubezpieczonego,
- ! działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wojny domowej, aktów terroryzmu, sabotażu, zamieszek społecznych i wojskowych, strajków, lokautów, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością,
- ! 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,
- ! spożycia leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

- Informacja telefoniczna
- Aktywne poszukiwanie pracy
- Pomoc psychologa po utracie pracy
- **Limity tych świadczeń:** Łącznie na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe: 500 zł
- ✓ Zakres usług assistance, w przypadku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Dziecka:
 - Organizacja prywatnych lekcji
 - Organizację opieki
 - **Limity tych świadczeń:** Łącznie na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe: 1 000 zł
- ✓ Zakres usług assistance obejmuje też:
 - Zdrowotne usługi informacyjne
 - Infolinia „baby assistance”
 - Infolinia „fitness assistance”
 - Infolinia kulturalna
 - **Limity tych świadczeń:** Nielimitowany dostęp

- ! kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem silnikowym bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- ! Chorób psychicznych,
- ! Chorób przewlekłych
- ! Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
- ! zarażenia HIV, chorobami przekazywanymi drogą płciową,
- ! nieprzestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego,
- ! katastrof naturalnych (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne),
- ! użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego,
- ! 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.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ubezpieczeniem objęte są zdarzenia powstałe na terytorium Polski.



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu powinna niezwłocznie po wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego lub zaistnieniu konieczności skorzystania z usług assistance, skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu: **+48 22 563 11 90** i postępować zgodnie z dyspozycjami Ubezpieczyciela, udzielać informacji niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia, a także dostarczyć dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela bądź wysokości świadczenia.
- Ubezpieczony ma obowiązek poinformowania Ubezpieczyciela o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia (imię, nazwisko, adres korespondencyjny).



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka jest opłacana przez Ubezpieczającego.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- 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.
- 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 § 3 ust. 4 OWU;
 - 2) z końcem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia, zgodnie z § 3 ust. 5 OWU;
 - 3) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy grupowego ubezpieczenia, zgodnie z § 3 ust. 6 OWU;
 - 4) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający rozwiązał Umowę grupowego ubezpieczenia, zgodnie z § 3 ust. 7 OWU;
 - 5) z końcem dnia, w którym Ubezpieczyciel rozwiązał Umowę grupowego ubezpieczenia, zgodnie z § 3 ust. 8 OWU.



Jak rozwiązać umowę?

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.

Umowa grupowego ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie należy przesłać w formie pisemnej listem poleconym, za potwierdzeniem odbioru, na ostatni znany adres odpowiednio Ubezpieczyciela.

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy grupowego ubezpieczenia na piśmie w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia. Odstąpienie od umowy grupowego ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w którym ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej

Informacje dotyczące Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (OWU) „Ubezpieczenie Assistance” dla Uczestników Programu Assistance medyczny 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)

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
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. 3; § 6.

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Ubezpieczenie 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. z siedzibą we Francji, wykonującą działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (dalej „Ubezpieczyciel”), na podstawie której Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej osobom fizycznym, które przystąpiły do Programu Assistance medyczny (dalej „Ubezpieczeni”).
2. Na podstawie niniejszych OWU Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu ochronę w zakresie wskazanym w § 5.
3. Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie niniejszych OWU jest udzielana wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do Umowy grupowego ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 roku na piśmie, lub na innym trwałym nośniku, jeśli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę.
5. 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) **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;
- 2) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
- 3) **Deklaracja woli** – oświadczenie woli osoby zainteresowanej przystąpieniem do Programu Assistance medyczny i zgoda na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia assistance osobowych złożone do Ubezpieczającego;
- 4) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 22. roku życia;
- 5) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
- 6) **Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela;
- 7) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
- 8) **Nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie o charakterze losowym, wywołane wyłącznie Przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli poszkodowanego, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w następstwie którego poszkodowany doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;

- 9) **Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych 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;
- 10) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) **Program Assistance medyczny** – program zorganizowany przez Ubezpieczającego, polegający na umożliwieniu osobom zainteresowanym przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia.
- 12) **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) **Pracodawca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczonym umowę o pracę;
- 15) **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;
- 16) **Transport medyczny** – transport medyczny zapewniony przez Ubezpieczyciela, dostosowany do stanu zdrowia Ubezpieczonego i świadczony, jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego nie zagraża życiu i nie wymaga świadczeń pogotowia ratunkowego; za Transport medyczny w rozumieniu niniejszych OWU nie uznaje się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
- 17) **Ubezpieczający** – spółka działająca pod firmą Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000028131, NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości. Zezwolenia na prowadzenie działalności udzielone zostały przez Ministra Finansów;
- 18) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do Umowy grupowego ubezpieczenia, objęta ochroną na podstawie niniejszych OWU;
- 19) **Ubezpieczyciel** – spółka działająca pod firmą AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie przy ul. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000189340, NIP: 107000016, REGON: 0156476904, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France;
- 20) **Umowa grupowego ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia assistance, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem i Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych, do której mają zastosowanie niniejsze OWU;
- 21) **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);
- 22) **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 Deklarację woli.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Ubezpieczyciela o przystąpieniu osoby, o której mowa w ust. 1, do Umowy grupowego ubezpieczenia, w trybie uzgodnionym w Umowie grupowego ubezpieczenia oraz przekazać tę osobie OWU przed złożeniem 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 przesłać 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 Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczyciela 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) **Organizację 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 Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczyciela 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) **Organizację 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;
 - 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:
- 1) **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, wysłał do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) instrukcje dotyczące pisania CV oraz wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV),
 - b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego,
 - c) instrukcje dotyczące pisania biznes planu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznes planu.
 - 2) **Informacja telefoniczna**
Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:
 - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy,
 - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne,
 - c) prawa i obowiązki bezrobotnych,
 - d) rejestracja w urzędzie pracy,
 - e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych,
 - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych,
 - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym,
 - h) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
 - i) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - j) dokumenty i procedury, konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej;
 - 3) **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 liczoną od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) **Pomoc psychologa po utracie pracy**
Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem. Termin i miejsce wizyty uzgadniają Ubezpieczyciel z Ubezpieczonym. Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczonego świadczy 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. 5 pkt. 1-4 jest wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, potwierdzone dostarczoną do Ubezpieczyciela 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 do 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) wskazań 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
Nagłe 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	

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie	Limit na świadczenie	Łączny limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
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	
Nagłe 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	

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. Ochroną 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 terroryzmu, sabotażu, zamieszek społecznych i wojskowych, strajków, lokautów, wybuchu nuklearnego, 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 niezaordynowanych 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) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - 15) katastrof naturalnych (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne);
 - 16) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 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.

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 Ubezpieczycielem 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 wymaganej pomocy.
2. Ubezpieczony lub osoba kontaktująca się z Ubezpieczycielem w jego imieniu powinna dokładnie wyjaśnić pracownikowi Ubezpieczyciela okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, a także, na wniosek pracownika Ubezpieczyciela, 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 Ubezpieczyciela, począwszy od dnia rozpoczęcia Okresu ochrony ubezpieczeniowej.
2. Osoba, o której mowa w ust. 1 powyżej, powinna postępować zgodnie z dyspozycjami Ubezpieczyciela, udzielać informacji niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia a także przekazywać dokumenty, o które wnioskuje Ubezpieczyciel, 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 OWU osobom zainteresowanym przystąpieniem do Umowy grupowego ubezpieczenia, przed złożeniem przez nie Deklaracji woli przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia;
 - 2) opłacania składki w uzgodnionym terminie;
 - 3) przyjmowania Deklaracji woli składanych w związku z przystąpieniem do Umowy 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.
3. Jeżeli w terminie 30 dni licząc od daty zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel nie spełni świadczenia, powiadomi on na piśmie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także spełni bezsporną część świadczenia.

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. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Na żądanie Ubezpieczyciela Ubezpieczony powinien udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, przekazując informacje i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 11.

1. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy grupowego ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy grupowego ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia mogą złożyć Ubezpieczycielowi:
 - a. ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu: (22) 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku, w Dni robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - b. na piśmie – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - c. w postaci elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl

2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy grupowego ubezpieczenia złożone do Ubezpieczającego będą przekazywane do Ubezpieczyciela.
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 na piśmie.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest na piśmie za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres do doręczeń wskazany przez składającego reklamację w jej treści. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana w postaci elektronicznej.
5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez: złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy na piśmie lub w postaci elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora Oddziału Ubezpieczyciela. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest niezwłocznie na piśmie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 4 powyżej.
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, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania 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

ul. Nowogrodzka 47A 00-695 Warszawa

tel. +48 22 333-73-26 – Recepcja

+48 22 333-73-27 – Recepcja

faks +48 22 333-73-29

e-mail: biuro@rf.gov.pl

www.rf.gov.pl

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.
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.
14. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawieranych za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce a konsumentami, istnieje możliwość wykorzystania internetowego systemu rozstrzygania sporów - platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektroniczny formularz skargi dostępny pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>
15. Ubezpieczyciel nie udzieli ochrony ubezpieczeniowej ani też nie będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub zapewnienia świadczenia majątkowego w zakresie udzielonej ochrony, jeżeli wypłata odszkodowania lub inne świadczenia majątkowe mogą narazić Ubezpieczyciela na jakiekolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub jakichkolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, prawa polskiego lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.
16. Niniejsze OWU przyjęte zostały uchwałą Ubezpieczyciela nr 015/2023 z dnia 19.07.2023r. i wchodzi w życie z dniem 6 sierpnia 2023 r.

Polityka prywatności

Zasady ochrony prywatności

AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce („my”, „nas”, „nasze”), jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawniane. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

1. Kim jest administrator danych?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych i odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce jest właśnie administratorem danych.**

2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, których zakres zależy Państwa umowy lub zgłoszonej sprawy, zgodnie z poniższym wykazem:

- Nazwisko (w tym nazwisko rodowe), imię (imiona)
- Imiona rodziców
- PESEL
- Adres zameldowania i zamieszkania
- Data urodzenia
- Płeć
- Numer, data wydania, data ważności, organ wydający i rodzaj dokumentu tożsamości
- Numery telefonów
- Adres e-mail
- Numer polisy
- Dane dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia
- Dane o pracodawcy i statusie zatrudnienia
- Obywatelstwo
- Informacje o prowadzonej działalności gospodarczej
- Dane pozyskane w trakcie zgłoszenia oraz likwidacji szkody

W zależności od Państwa umowy lub szkody poprosimy jedynie o dane niezbędne w konkretnym przypadku.

Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, tj. dane dotyczące stanu zdrowia oraz dane ze świadectw zgonu.

3. W jaki sposób będziemy uzyskiwać i wykorzystywać Państwa dane osobowe?

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału (tj. z placówek medycznych, od Państwa pracodawcy, z Narodowego Funduszu Zdrowia) zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
Zarządzanie umową, w tym umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód, rozpatrywanie reklamacji)	Nie (z wyjątkiem sytuacji, kiedy nie są Państwo naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych).	Art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. a) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. g w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
W celu informowania Państwa lub umożliwienia spółkom z Grupy kapitałowej AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest marketing bezpośredni naszych produktów i usług).
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego)
W celu ograniczenia ryzyka w zakresie sankcji gospodarczych poprzez weryfikację i zastosowanie innych odpowiednich środków sprawdzających, czy klient lub ryzyko podlegające ubezpieczeniu nie podlega jakimkolwiek ograniczeniom oraz czy umowa nie narusza żadnych sankcji gospodarczych, poprzez cykliczne kontrole ubezpieczonych i klientów, a także – na etapie likwidacji szkody – poprzez przeprowadzenie analizy pod względem obowiązywania sankcji finansowych w odniesieniu do ubezpieczonego oraz, w stosownych wypadkach, beneficjenta przed wypłatą odszkodowania lub świadczenia	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
W celu zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zapobieganie przestępstwom ubezpieczeniowym i obrona przed nadużyciami)
W celu badania satysfakcji klienta	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest badanie jakości świadczonych przez nas usług oraz poziomu zadowolenia naszych klientów z tych usług)
W celu ustalenia, dochodzenia i obrony przed roszczeniami	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest możliwość ustalenia, dochodzenia i obrony przed ewentualnymi roszczeniami)

Na cele określone powyżej, nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem niektórych sytuacji, kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia lub nie są Państwo naszym klientem), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiaru nabycia naszych produktów i usług lub likwidacji zgłoszonej szkody. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwrócą lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb, lub zlikwidować zgłoszoną przez Państwa szkodę.

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży.

Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili tworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do jej zakwestionowania, uzyskania jej uzasadnienia, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

4. Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i innym podwykonawcom świadczącym usługi na rzecz AWP w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami, likwidacja szkody, wykonanie umowy poprzez wykonanie usług na rzecz uprawnionej osoby) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępniemy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

- w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, połączenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zapasów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub
- w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

5. Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regułami korporacyjnymi (BCR), które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. BCR oraz wykaz spółek należących do Grupy, które są zobowiązane do ich stosowania, można znaleźć na stronie www.mondial-assistance.pl. W wypadku, gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

6. Jakie uprawnienia przysługują Państwu w odniesieniu do danych osobowych?

O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- uzyskania swoich danych osobowych w formacie elektronicznym na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych. W Polsce organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na stronie: <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

7. Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniemy dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy.

W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

8. Jak długo przechowujemy dane osobowe?

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe przez 6 lat od daty ustania lub rozwiązania umowy lub stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 6 letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń oraz konieczności archiwizacji dokumentów zgodnie z ustawą o rachunkowości.

Nie będziemy przechowywać Państwa danych osobowych dłużej niż jest to konieczne, i będziemy je przechowywać jedynie w celach, w których je uzyskaliśmy.

9. Jak można się z nami skontaktować?

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu wykorzystania przez nas Państwa danych osobowych, można się z nami skontaktować listownie pod adresem:

AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 Warszawa

Wyzaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

Inspektor Ochrony Danych
AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa
E-mail: iodopl@mondial-assistance.pl

Można również skontaktować się z nami za pomocą Formularza Wniosku o Dostęp do Danych dostępnego na <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

10. Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?

Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej: www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx, dostępna była zawsze ich aktualna wersja, a ponadto, o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście. Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce w dniu 31.03.2023 r.

*RODO - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119z 04.05.2016, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2).