



Informacja do Warunków Ubezpieczenia "ASSISTANCE MEDYCZNY (MED)"



AEGON

Transform Tomorrow

**INFORMACJA DO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
„ASSISTANCE MEDYCZNY (MED)”**

zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

	Rodzaj informacji	Nr zapisu WU
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 2-3 § 3 § 4
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 5 § 6.1, § 6.2, § 6.3 § 7.1, § 7.2, § 7.3 § 8.1, § 8.2, § 8.3 § 9.1, § 9.2, § 9.3

WARUNKI UBEZPIECZENIA „ASSISTANCE MEDYCZNY (MED)”

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Niniejsze Warunki Ubezpieczenia „Assistance Medyczny (MED)” (dalej „WU”) mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia grupowego (dalej „Umowa Ubezpieczenia Assistance Medyczny”), zawartej pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce (dalej „Ubezpieczyciel”), a Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej „Ubezpieczający”), na rzecz Ubezpieczonych.
- Na podstawie WU Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonym ochroną ubezpieczeniową w następujących wariantach:
 - 1) **Wariantie Podstawowym** – obejmującym:
 - a) ubezpieczenie „Świadczenia assistance”
 - b) ubezpieczenie „Świadczenia medyczne”;
 - 2) w **Wariantie Rozszerzonym** obejmującym:
 - a) ubezpieczenie „Świadczenia assistance”,
 - b) ubezpieczenie „Świadczenia medyczne”,
 - c) ubezpieczenie „Powtórna opinia medyczna”.
- Zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego, ochrona ubezpieczeniowa w danym wariantcie może obejmować ubezpieczenie „Świadczenia VIP”.
- Wariant i zakres udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej wskazany jest w Polisie.
- Świadczenia ubezpieczeniowe przysługujące Ubezpieczonym na podstawie niniejszych WU są realizowane przez Ubezpieczyciela na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 2. DEFINICJE

- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- Choroba Psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
- Deklaracja Przystąpienia do Assistance Medycznego** – oświadczenie woli przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej złożone przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową, oraz inne złożone przez nią oświadczenia i zgody.
- Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego, własne lub przysposobione.
- Dzień Roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- Katastrofy Naturalne** – trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne.
- Konsultant** – podmiot leczniczy działający poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wyznaczony przez Ubezpieczyciela do współpracy w celu przeprowadzenia Zagranicznej Konsultacji Medycznej, upoważniony do udzielenia Powtórnej Opinie Medycznej.
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela.
- Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, niebędący członkiem rodziny ani Lekarzem Ubezpieczyciela.
- Niepełnoletnie Dziecko** – Dziecko, które nie ukończyło 18 roku życia.
- Nieszczęśliwy Wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane Przyczyną Zewnętrzną, które spowodowało obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego.
- Nowotwór Złośliwy** – obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, zdiagnozowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii lub patomorfologa.
- Okres Ochrony Ubezpieczeniowej** – okres kolejnych 365 dni w jakim Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w WU, liczony od wskazanej w Polisie daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, a następnie każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu.
- Osoba Do Opieki** – osoba wyznaczona pisemnie przez Ubezpieczonego do opieki nad jego Niepełnoletnim Dzieckiem i/lub Osobą Niesamodzielną i/lub Zwierzętami Domowymi bądź osoba występująca w imieniu Ubezpieczonego i sprawująca opiekę nad jego Niepełnoletnim Dzieckiem i/lub Osobą Niesamodzielną i/lub Zwierzętami Domowymi.
- Osoba Niesamodzielną** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub Wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki.
- Osoba Upoważniona** – osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymywania i przekazywania Ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej Ubezpieczonego na zasadach określonych w ubezpieczeniu „Powtórna Opinia Medyczna”, o którym mowa w § 8 WU.
- Placówka Medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w celu leczenia lub przeprowadzenia operacji w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku trwający w sposób ciągły co najmniej 24 godziny.
- Pobyt w Szpitalu z powodu Choroby** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w celu leczenia lub przeprowadzenia operacji z powodu Choroby trwający w sposób ciągły co najmniej 3 dni.
- Polisa** – dokument, potwierdzający zawarcie Umowy Dodatkowej oraz objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela (początek Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej), w którym określony jest wariant i zakres udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej oraz podany jest numer telefonu do Ubezpieczyciela.
- Powtórna Opinia Medyczna** – opinia będąca rezultatem Zagranicznej Konsultacji Medycznej, dostarczona przez Ubezpieczyciela na piśmie lub w formie elektronicznej Ubezpieczonemu lub Osobie Upoważnionej.
- Przyczyna Zewnętrzna** – zdarzenie, które było wyłącznym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, polegające na oddziaływaniu na ciało:
 - 1) energii kinetycznej – czynników mechanicznych lub siły grawitacji powodujących obrażenia wskutek urazów, uderzeń;
 - 2) energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia wskutek oparzeń;
 - 3) czynników chemicznych – powodujących obrażenia wskutek operacji i zatruc;
 - 4) czynników akustycznych – powodujących obrażenia wskutek urazów akustycznych.
- Sanatorium** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład lecznictwa uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, szpital uzdrowiskowy dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnia uzdrowiskowa, zakłady przyrodolecznicze, szpital i sanatorium w urzędzonych podziemnych wyrobiskach górniczych), zgodnie z art. 6 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.
- Siła Wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Ubezpieczyciela lub uniemożliwia Ubezpieczonemu zgłoszenie Zdarzenia Ubezpieczeniowego do Ubezpieczyciela.
- Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i walki rehabilitacyjne, balkoniki, chodniki, wózki, kule, laski, gorsety, kolnierze, rowerek rehabilitacyjny, walek, półwalek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulerkowy (np. na podudzie), szyny (ortozy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jewetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
- Szpital** – podmiot leczniczy, świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa dotyczących funkcjonowania placówek medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Pojęcie to nie obejmuje domów opieki, hospicjów, zakładów opiekuńczo-leczniczych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, szpitali sanatoryjnych, szpitali rehabilitacyjnych.
- Transport Medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia w opinii Lekarza Prowadzącego lub dyspozytora pogotowia ratunkowego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia.
- Ubezpieczający** – Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie (02-675) przy ul. Wołoskiej 5.
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, która na podstawie złożonej Deklaracji Przystąpienia do Assistance Medycznego została zgłoszona do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej przez Ubezpieczającego.
- Ubezpieczyciel** – spółka pod firmą AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France, z siedzibą przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000189340.
- Umowa Dodatkowa** – umowa zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu (OWDU), rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Podstawowej, zawierana na podstawie pisemnego wniosku osoby fizycznej, z którą Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna zawarł Umowę Podstawową.
- Umowa Podstawowa** – umowa ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna a osobą fizyczną, na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU), z tytułu której Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna udziela ochrony ubezpieczeniowej i której zakres może zostać rozszerzony na wniosek osoby fizycznej o Umowę Dodatkową.
- Umowa Ubezpieczenia Assistance Medycznej** – umowa ubezpieczenia grupowego do której mają zastosowanie niniejsze WU, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych.
- Uprawniony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
- Wada Wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
- Wniosek o zawarcie Umowy Dodatkowej** – formularz zawierający oświadczenie woli zawarcia Umowy Dodatkowej, a także Deklarację Przystąpienia do Assistance Medycznego, złożony przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową, oraz inne złożone przez nią oświadczenia i zgody.
- Zagraniczna Konsultacja Medyczna** – analiza dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną, dokonana przez Konsultanta. Analiza ma na celu weryfikację, potwierdzenie lub uzupełnienie diagnozy opisanej w tej dokumentacji. Analiza

nie obejmuje bezpośrednich konsultacji ani innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a Konsultantem. Zagraniczna konsultacja medyczna wykonywana jest wyłącznie w przypadku stwierdzenia wystąpienia u Ubezpieczonego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

38. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej i które stosownie do postanowień niniejszych WU oraz obowiązujących przepisów prawa stanowi podstawę wystąpienia do Ubezpieczyciela z roszczeniem o realizację świadczenia:
- 1) w **Wariantcie Podstawowym** w zakresie:
 - a) ubezpieczenia „Świadczenia assistance” – Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - b) ubezpieczenia „Świadczenia medyczne” – Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - c) ubezpieczenia „Świadczenia VIP” – Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 2) w **Wariantcie Rozszerzonym** w zakresie:
 - a) ubezpieczenia „Świadczenia assistance” – Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, Pobyt w Szpitalu z powodu Choroby, Diagnoza Nowotworu Złośliwego, w związku z którą zalecono chemioterapię lub radioterapię;
 - b) ubezpieczenia „Świadczenia medyczne” – Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, Pobyt w Szpitalu z powodu Choroby, Diagnoza Nowotworu Złośliwego, w związku z którą zalecono chemioterapię lub radioterapię;
 - c) ubezpieczenia „Powtórna opinia medyczna” – Diagnoza Nowotworu Złośliwego, w związku z którą zalecono chemioterapię lub radioterapię;
 - d) ubezpieczenia „Świadczenia VIP” – Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, Pobyt w Szpitalu z powodu Choroby, Diagnoza Nowotworu Złośliwego, w związku z którą zalecono chemioterapię lub radioterapię.
39. **Zwierzęta domowe** – należący do Ubezpieczonego pies lub kot.

§ 3. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNY I WYSTĄPIENIE Z NIEJ

1. Do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej może przystąpić osoba objęta ochroną z tytułu Umowy Dodatkowej, która złożyła Ubezpieczającemu podpisaną Deklarację Przystąpienia do Assistance Medycznego.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej osoby, o której mowa w ust. 1 powyżej, w trybie uzgodnionym w Umowie Ubezpieczenia Assistance Medycznej, oraz przekazać tę osobie WU przed wypełnieniem przez nią Deklaracji Przystąpienia do Assistance Medycznego.
3. Ubezpieczony ma prawo do wystąpienia z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej w każdym momencie jej trwania, na podstawie złożonego Ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o rezygnacji, zawierającego dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego oraz prośbę o zaniechanie obejmowania ochroną ubezpieczeniową. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje w określonej w Umowie Dodatkowej dacie miesięcznicy, następującej po złożeniu przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji. Ubezpieczonemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. Rezygnacja z Umowy Dodatkowej jest równoznaczna z wystąpieniem z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.

§ 4. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się we wskazanym w Polisie w dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej oraz ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej (początku Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej). Ochrona ubezpieczeniowa zostaje automatycznie przedłużona na kolejny Okres Ochrony Ubezpieczeniowej, o ile Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie postanowią inaczej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego w ramach Umowy Dodatkowej lub w przypadku zajścia wcześniejszego z wymienionych niżej przypadków:
 - 1) z końcem dnia, w którym Ubezpieczony wystąpił z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, zgodnie z § 3 ust. 3 WU;
 - 2) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej;
 - 3) z końcem ostatniego dnia okresu, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa – w przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego;
 - 4) w dniu rozwiązania Umowy Dodatkowej, na warunkach w niej określonych;
 - 5) w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 5. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Koszt składki ubezpieczeniowej finansowany jest przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminie określonym w Umowie Ubezpieczenia Assistance Medycznej.

§ 6. UBEZPIECZENIE „ŚWIADCZENIA ASSISTANCE”

§ 6.1 ŚWIADCZENIA

1. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty następujących świadczeń do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 6.2 (Tabela nr 1):
 - 1) Transport Medyczny do Placówki medycznej;

- 2) Transport Medyczny pomiędzy Placówkami Medycznymi – jeżeli Ubezpieczony przebywa w Placówce Medycznej, która w opinii Lekarza Prowadzącego nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony został skierowany przez Lekarza Prowadzącego na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej;
- 3) Transport Medyczny z Placówki Medycznej – do wskazanego miejsca, jeżeli Ubezpieczony wymaga takiego transportu zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego;
- 4) Wizyta pielęgniarki – w miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów wynagrodzenia pielęgniarki, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie przez Lekarza Prowadzącego zaleceniem taka wizyta jest wymagana;
- 5) Dostarczenie leków – do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków zaordynowanych przez Lekarza Prowadzącego, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Ubezpieczony wymaga leżenia. Koszty zakupu leków pokrywa Ubezpieczony;
- 6) Wypożyczenie lub zakup Sprzętu Rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego;
- 7) Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem Lekarza Prowadzącego, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu. Koszty procesu rehabilitacyjnego to koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej i wizyty w poradni rehabilitacyjnej albo koszty wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego;
- 8) Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi i Niepełnoletnimi Dziećmi – zamieszkanymi wraz z Ubezpieczonym, realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą;
- 9) Opieka nad Zwierzętami Domowymi – w miejscu pobytu Ubezpieczonego albo transport Zwierząt Domowych do Osoby do Opieki lub do placówki wskazanej przez Ubezpieczonego. Opieka nad Zwierzętami Domowymi jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach obowiązkowych;
- 10) Dostarczenie gotowych posiłków – do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Ubezpieczony wymaga leżenia. W zakres usługi nie wchodzi dostarczenie posiłków uwzględniających specjalistyczną dietę. Koszt zakupu posiłków pokrywa Ubezpieczony;
- 11) Pomoc domowa – w przygotowywaniu posiłków, robieniu zakupów, pomocy w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków, takich jak odkurzanie, mycie podłóg, mycie naczyń. W zakres usługi nie wchodzi mycie okien, odsuwanie mebli;
- 12) Infolinia medyczna – telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:
 - a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
 - b) diet, metod zdrowego żywienia,
 - c) działań leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
 - d) danych teledadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - e) danych teledadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - f) danych teledadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - g) danych teledadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - h) danych teledadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

§ 6.2 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Wskazane poniżej limity świadczeń (Tabela nr 1) stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Tabela nr 1

Wariant	Podstawowy	Rozszerzony
Świadczenia	Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Transport Medyczny do Placówki medycznej	1 000 zł	2 000 zł
Transport Medyczny pomiędzy Placówkami Medycznymi	1 000 zł	2 000 zł
Transport Medyczny z Placówki Medycznej	1 000 zł	2 000 zł
Wizyta pielęgniarki	600 zł	1 000 zł
Dostarczenie leków	500 zł	500 zł
Wypożyczenie lub zakup Sprzętu Rehabilitacyjnego	1 500 zł	2 500 zł
Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	1 500 zł	2 500 zł
Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi i Niepełnoletnimi Dziećmi	600 zł	1 000 zł
Opieka nad Zwierzętami Domowymi	600 zł	1 000 zł
Dostarczenie posiłków	500 zł	500 zł
Pomoc domowa	800 zł	1 200 zł
Infolinia medyczna	bez limitu	bez limitu

§ 6.3 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - popelnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popelnienia przestępstwa;
 - umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
 - działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - Wad Wrodzonych;
 - zakażenia wirusem HIV;
 - nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego;
 - Katastrof Naturalnych;
 - użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - Choroby Psychiczej.
- Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych, jeżeli postępowanie diagnostyczne w kierunku Nieszczęśliwego Wypadku, Choroby, Nowotworu Złośliwego zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia, jeżeli było ono spowodowane:
 - działaniem Siły Wyższej lub Katastrofą Naturalną;
 - strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 6.4 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

- W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony, lub inna osoba działająca w imieniu Ubezpieczonego powinna niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego i przed podjęciem działań we własnym zakresie skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Polisie i podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - numer PESEL Ubezpieczonego;
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub inną osobą zgłaszającą zdarzenie;
 - adres korespondencyjny.
- Ubezpieczony, lub osoba zgłaszająca zdarzenie Ubezpieczycielowi powinni dokładnie opisać dyżurującemu pracownikowi Ubezpieczyciela okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje, i powiadomić, jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić Lekarzowi Ubezpieczyciela dostęp do wszystkich informacji medycznych.
- W celu realizacji świadczeń, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - w przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – kopię karty leczenia szpitalnego Ubezpieczonego;
 - w przypadku Pobytu w Szpitalu z powodu Choroby – kopię karty leczenia szpitalnego Ubezpieczonego;
 - w przypadku Diagnostyki Nowotworu Złośliwego, w związku z którą zalecono chemioterapię lub radioterapię – kopię diagnozy Nowotworu Złośliwego, kopię skierowania od Lekarza Prowadzącego na chemioterapię lub radioterapię;
- W przypadku braku zgłoszenia Zdarzenia Ubezpieczeniowego roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego, pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. kopii karty leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, kopii diagnozy Nowotworu Złośliwego, kopii skierowania od Lekarza Prowadzącego na chemioterapię lub radioterapię, dokumentów stwierdzających przyczynę i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz kopii rachunków i dowodów ich zapłaty.
- W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.

§ 7. UBEZPIECZENIE „ŚWIADCZENIA MEDYCZNE”

§ 7.1 ŚWIADCZENIA

- W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel – na podstawie pisemnego skierowania Lekarza Prowadzącego na ich wykonanie i po konsultacji z Lekarzem Ubezpieczyciela – zapewnia organizację i pokrywa koszty świadczeń medycznych w zakresie i do limitów wskazanych w ust. 2 (Tabela nr 2).

2. Tabela nr 2

Świadczenia medyczne		Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Konsultacje lekarskie	1. Chirurg	Świadczenia medyczne do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania
	2. Okulista	
	3. Otolaryngolog	
	4. Ortopeda	
	5. Ginekolog	
	6. Urolog	
	7. Pulmonolog	
	8. Lekarz rehabilitacji	
	9. Onkolog	
	10. Endokrynolog	
	11. Hepatolog	
	12. Hematolog	
	13. Nefrolog	
	14. Dermatolog	
Rehabilitacja	15. <ul style="list-style-type: none"> Ćwiczenia wytrzymałościowe, cykloergometr, bieżnia, stepper, Ćwiczenia ogólnousprawniające, Trening oporowy, Fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa 	maksymalnie 1 świadczenie (do 20 zabiegów stanowiących łącznie 1 świadczenie)

§ 7.2 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Ustalony limity ilościowe świadczeń medycznych stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe.
- Ubezpieczyciel spełnia świadczenia medyczne do wysokości limitów określonych w § 7.1 ust. 2 (Tabela nr 2), z uwzględnieniem maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania.
- Maksymalna liczba świadczeń medycznych, o której mowa w ust. 2 oznacza, że z 15 dostępnych świadczeń medycznych (konsultacje lekarskie i rehabilitacja), Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 6 świadczeń medycznych możliwych do wykorzystania na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe, przy czym w ramach rehabilitacji Ubezpieczonemu przysługuje do 20 zabiegów stanowiących łącznie 1 świadczenie.
- Realizacja któregokolwiek ze świadczeń medycznych pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń medycznych do wykorzystania, z uwzględnieniem postanowień ust. 5.
- W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, w ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego rodzaju świadczenia medycznego, z wyłączeniem świadczenia rehabilitacja, które może być wykorzystane tylko 1 raz w odniesieniu do 1 Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

§ 7.3 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - popelnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popelnienia przestępstwa;
 - umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
 - działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - Wad Wrodzonych;
 - zakażenia wirusem HIV,
 - nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego;
 - Katastrof Naturalnych;

- 11) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 12) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezgodnie z zaleceniem lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniami ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 13) Choroby Psychiczej.
2. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych, jeżeli postępowanie diagnostyczne w kierunku Nieszczęśliwego Wypadku, Choroby, Nowotworu Złośliwego zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia, jeżeli było ono spowodowane:
 - 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofą Naturalną;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 7.4 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Polisie i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - 4) rodzaj wymaganej pomocy.
2. W celu realizacji świadczeń medycznych, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) w przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – kopię karty leczenia szpitalnego Ubezpieczonego;
 - 2) w przypadku Pobytu w Szpitalu z powodu Choroby – kopię karty leczenia szpitalnego Ubezpieczonego;
 - 3) w przypadku Diagnozy Nowotworu Złośliwego, w związku z którą zalecono chemioterapię lub radioterapię – kopię diagnozy Nowotworu Złośliwego, kopię skierowania od Lekarza Prowadzącego na chemioterapię lub radioterapię;
 - 4) kopię skierowania od Lekarza Prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji lekarskich lub rehabilitacji.
3. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2 powyżej, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
4. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi do trzech Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 3, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać ze świadczeń medycznych.
5. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 3 powyżej, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
6. Koszty świadczeń medycznych, realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszym paragrafie, pokrywane są przez Ubezpieczonego bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek Medycznych realizujących te świadczenia.

§ 8. UBEZPIECZENIE „POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA”

§ 8.1 ŚWIADCZENIE

1. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Zagranicznej Konsultacji Medycznej obejmującej:
 - 1) udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej;
 - 2) tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
 - 3) przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
 - 4) wydanie Powtórnej Opinii Medycznej przez Konsultanta;
 - 5) tłumaczenie na język polski Powtórnej Opinii Medycznej wydanej przez Konsultanta;
 - 6) udostępnienie Powtórnej Opinii Medycznej Ubezpieczonemu.

§ 8.2 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie z jednej Zagranicznej Konsultacji Medycznej w odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

§ 8.3 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
- 3) umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
- 4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
- 5) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
- 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
- 7) Wad Wrodzonych;
- 8) zakażenia wirusem HIV;
- 9) nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego;
- 10) Katastrof Naturalnych;
- 11) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
- 12) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezgodnie z zaleceniem lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniami ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
- 13) Choroby Psychiczej.

2. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych, jeżeli postępowanie diagnostyczne w kierunku Nowotworu Złośliwego zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia, jeżeli było ono spowodowane:
 - 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

4. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za treść Powtórnej Opinii Medycznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z Powtórnej Opinii Medycznej.

§ 8.4 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania z Powtórnej Opinii Medycznej Ubezpieczony jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Polisie.
2. Ubezpieczony podczas telefonicznego zgłoszenia powinien podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego Osobą Upoważnioną.
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu lub Osobie Upoważnionej informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej.
4. Warunkiem uzyskania Powtórnej Opinii Medycznej, która jest rezultatem Zagranicznej Konsultacji Medycznej, jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, sporządzonej w języku polskim i podpisanej przez Lekarza Prowadzącego (w tym: kopii diagnozy Nowotworu Złośliwego, kopii skierowania na chemioterapię lub radioterapię), w formie elektronicznej na trwałym nośniku na adres korespondencyjny Ubezpieczyciela: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub na adres e-mail wskazany przez Ubezpieczyciela.
5. Lekarz Ubezpieczyciela weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną i przygotowuje do wysłania do Konsultanta.
6. W przypadku gdy otrzymana dokumentacja medyczna jest w opinii Lekarza Ubezpieczyciela niekompletna, Ubezpieczyciel kontaktuje się drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila z Ubezpieczonym lub Osobą Upoważnioną w celu poinformowania o brakujących dokumentach.
7. Po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej Ubezpieczyciel informuje telefonicznie lub za pośrednictwem e-maila Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji usługi Powtórnej Opinii Medycznej.
8. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przesłania Powtórnej Opinii Medycznej w sposób określony w ust. 10 poniżej w możliwie najkrótszym terminie, nie przekraczającym jednak 30 (trzydziestu) Dni Roboczych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub Osoby Upoważnionej kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 i 7 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej.
9. W przypadku gdy w opinii Konsultanta, na podstawie otrzymanego za pośrednictwem Ubezpieczyciela kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 i 7 powyżej, do wydania Powtórnej Opinii Medycznej konieczne będzie uzupełnienie tej dokumentacji lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Ubezpieczyciel lub Lekarz Ubezpieczyciela niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego bądź Osobę Upoważnioną drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila.
10. Ubezpieczyciel odsyła Powtórny Opinię Medyczną na adres e-mail (w postaci zaszyfrowanych plików), z którego Ubezpieczony lub Osoba Upoważniona przez Ubezpieczonego wysłała do Ubezpieczyciela dokumentację medyczną. Powtórny Opinię Medyczną, na życzenie Ubezpieczonego lub Osoby Upoważnionej, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny podany przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną.

§ 9. UBEZPIECZENIE „ŚWIADCZENIA VIP”

§ 9.1 ŚWIADCZENIA

1. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel – na podstawie pisemnego skierowania Lekarza Prowadzącego i po konsultacji z Lekarzem Ubezpieczyciela – zapewnia organizację i pokrywa koszty świadczeń medycznych i świadczenia sanatoryjnego w zakresie i do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w ust. 2 (Tabela nr 3) i ust. 3 (Tabela nr 4).

2. Tabela nr 3

Świadczenia medyczne		Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
diagnostyka laboratoryjna	Lista badań laboratoryjnych: mocznik – badanie ogólne, OB, morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik, TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, wapń całkowity, fosfor nieorganiczny, magnez, CRP ilościowo, HBs przeciwciała, HCV przeciwciała, IgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21-1;	1 świadczenie (niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań z listy badań laboratoryjnych, wskazanych na jednym skierowaniu od Lekarza Prowadzącego)
badania specjalistyczne	biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym)	1 świadczenie
	RTG	1 świadczenie
	USG	1 świadczenie
	rezonans magnetyczny (MRI)	1 świadczenie
	tomografia komputerowa (CT)	1 świadczenie

3. Tabela nr 4

Świadczenie sanatoryjne		Limit na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
Pobyt w Sanatorium	zakwaterowanie, wyżywienie, zabiegi	10 000 zł

§ 9.2 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Wskazane w § 9.1 ust. 2 (Tabela nr 3) limity stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe.
- Wskazany w § 9.1 ust. 3 (Tabela nr 4) limit stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na 1 Zdarzenie Ubezpieczeniowe.

§ 9.3 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - popelnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popelnienia przestępstwa;
 - umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
 - działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - Wad Wrodzonych;
 - zakażenia wirusem HIV,
 - nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego;
 - Katastrof Naturalnych;
 - użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - spożycia alkoholu, zażywania narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezarejestrowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - Choroby Psychiczej.

- Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych, jeżeli postępowanie diagnostyczne w kierunku Nieszczęśliwego Wypadku, Choroby, Nowotworu Złośliwego zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia, jeżeli było ono spowodowane:
 - działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 9.4 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

- W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Polisie i podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - numer PESEL Ubezpieczonego;
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - rodzaj wymaganej pomocy.
- W celu realizacji świadczeń medycznych, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - w przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – kopię karty leczenia szpitalnego Ubezpieczonego;
 - w przypadku Pobytu w Szpitalu z powodu Choroby – kopię karty leczenia szpitalnego Ubezpieczonego;
 - w przypadku Diagnostyki Nowotworu Złośliwego, w związku z którą zalecono chemioterapię lub radioterapię – kopię diagnozy Nowotworu Złośliwego, kopię skierowania od Lekarza Prowadzącego na chemioterapię lub radioterapię;
 - kopię skierowania od Lekarza Prowadzącego do przeprowadzenia badań.
- W celu realizacji świadczenia sanatoryjnego Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - w przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – kopię karty leczenia szpitalnego Ubezpieczonego;
 - w przypadku Pobytu w Szpitalu z powodu Choroby – kopię karty leczenia szpitalnego Ubezpieczonego;
 - w przypadku Diagnostyki Nowotworu Złośliwego, w związku z którą zalecono chemioterapię lub radioterapię – kopię diagnozy Nowotworu Złośliwego, kopię skierowania od Lekarza Prowadzącego na chemioterapię lub radioterapię;
 - pisemne zalecenie od Lekarza Prowadzącego do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej bądź skierowanie od Lekarza Prowadzącego na takie leczenie lub rehabilitację;
 - pisemne potwierdzenie od Lekarza Prowadzącego o braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej.
- W przypadku braku wskazania przez Lekarza Prowadzącego proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej, miejsce i rodzaj Sanatorium ustala Lekarz Ubezpieczyciela, w porozumieniu z Ubezpieczonym, w oparciu o informacje medyczne w dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 3 powyżej.
- W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2-3 powyżej, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
- W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - Świadczenia medyczne – do trzech Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać ze świadczeń medycznych;
 - Świadczenie sanatoryjne – do dziesięciu Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać ze świadczenia sanatoryjnego.
- W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2-3 powyżej, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
- Koszty świadczeń medycznych oraz świadczenia sanatoryjnego, realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszym paragrafie, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek Medycznych realizujących te świadczenia.

§ 10. PRAWA I OBOWIĄZKI Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNY

- Ubezpieczony lub inna osoba kontaktująca się w jego imieniu, ma prawo do zgłoszenia Ubezpieczycielowi Zdarzenia Ubezpieczeniowego, począwszy od pierwszego dnia Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej.

2. Osoba, o której mowa w ust. 1 powyżej, zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami wydanymi przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczony ma obowiązek poinformowania Ubezpieczającego o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznego.
4. Do obowiązków Ubezpieczyciela należy:
 - 1) przyjmowanie i rejestracja zgłoszeń Zdarzeń Ubezpieczeniowych;
 - 2) informowanie Ubezpieczającego lub innej osoby zgłaszającej zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 3) weryfikacja uprawnień Ubezpieczonego do świadczeń przysługujących na podstawie Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznego;
 - 4) rozpatrywanie roszczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznego;
 - 5) przekazywania WU osobom ubiegającym się o objęcie ochroną ubezpieczeniową za pośrednictwem Ubezpieczającego – przed wyrażeniem przez nie zgody na objęcie ochroną przez Ubezpieczyciela i złożeniem Deklaracji Przystąpienia do Assistance Medycznego.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest do wypełniania obowiązków niezbędnych do realizacji Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, tzn. do:
 - 1) terminowego przekazywania składek należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej za wszystkich Ubezpieczonych;
 - 2) dostarczania Ubezpieczycielowi listy osób przystępujących do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej;
 - 3) dostarczania listy osób występujących z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, z zastrzeżeniem że za prawidłowość przekazanych informacji odpowiada Ubezpieczający;
 - 4) niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o zmianie danych Ubezpieczonych (jeśli jest w ich posiadaniu), niezbędnych do prawidłowego wykonywania Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej).

§ 11. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane w formie pisemnej.
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej bądź ich spadkobiercy mogą złożyć Ubezpieczycielowi w formie:
 - 1) ustnej – telefonicznie pod numer: (+48 22) 563 11 52 (dostępny 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 Ubezpieczenia Assistance Medycznej niezwłocznie, nie później niż w terminie trzydziestu 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 Dyrektorowi Oddziału Ubezpieczyciela wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie trzydziestu dni od jej otrzymania. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie trzydziestu dni od jej otrzymania i przesyłana jest pocztą lub zgodnie z ust. 4.
6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, 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 Ubezpieczenia Assistance Medycznej 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 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
 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

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
 ul. Domaniewska 50B
 02-672 Warszawa
 Tel: +48 22 522 28 00
 Fax: +48 22 522 28 01
 e-mail: sekretariat@mondial-assistance.pl

Zarejestrowana w Sądzie Rejonowym
 dla m. St. Warszawy
 XIII Wydział Gospodarczy KRS
 Pod numerem: KRS 0000189340
 NIP: 107-00-00-164
 REGON: 015647690

Kapitał zakładowy spółki macierzystej
 16 812 500 EUR wpłacony w całości
 PL 02 1240 1053 1111 0010 0140 7382
 Bank Polska Kasa Opieki S.A.
 Dyrektor Oddziału Tomasz Frączek

Infolinia Konsumentka

Infolinia prowadzona przez Stowarzyszenie Konsumentów Polskich i Fundację Konsumentów
 telefon: 801 440 220 (od poniedziałku do piątku w godz. 9:00-18:00)
 Centrum porad prowadzone przez Stowarzyszenie Konsumentów Polskich
 e-mail: porady@dlakonsumentow.pl

8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi WU mają zastosowanie przepisy *Kodeksu cywilnego, Ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej* oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
9. Prawem właściwym dla WU jest prawo polskie.
10. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej bądź ich spadkobiercami jest język polski.
11. Spory wynikające z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
14. Niniejsze WU przyjęte zostały uchwałą Ubezpieczyciela nr U/027/2018 z dnia 10 grudnia 2018 r. i wchodzi w życie z dniem 10 grudnia 2018 r.



Tomasz Frączek
 Dyrektor Oddziału

ZASADY OCHRONY PRYWATNOŚCI UBEZPIECZAJĄCYCH I UBEZPIECZONYCH

AWP P&C S.A. 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, który odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C S.A. Oddział w Polsce jest właśnie administratorem** danych.

2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, zgodnie z poniższym wykazem:

- Nazwisko, imię (imiona)
- PESEL
- Adres zameldowania i zamieszkania
- Data urodzenia
- Płeć
- Nr dokumentu tożsamości
- Numery telefonów
- Adres e-mail
- Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym
- Numer rejestracyjny pojazdu
- Numer VIN pojazdu

Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, takie jak dane z dokumentacji medycznej lub świadectw zgonu czy historii szkód.

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 zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel	Czy wyrażają Państwo zgodę?
Zarządzanie umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód)	Nie (z wyjątkiem sytuacji kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji kiedy nie są Państwo naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych, dlatego np. osoba zgłaszająca szkodę pytana jest o zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych).
W celu informowania Państwa, lub umożliwienia spółkom z Grupy 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 za pośrednictwem poczty elektronicznej lub telefonicznie, bądź w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie

Na cele określone powyżej, nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem sytuacji kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia), 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. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwracają lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb.

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 stworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych. Przykładowo, im więcej dużych szkód miało miejsce w danym miejscu, które zamierzają Państwo odwiedzić, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do zakwestionowania tej decyzji, 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 spółkom usługowym w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami) 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 zasobów (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 regulami korporacyjnymi, 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 tu 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.

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 dane <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 10 lat od daty ustanowienia stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 10-letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń.

W przypadku danych naszych kontrahentów (dane podwykonawców i reprezentantów podwykonawców) będziemy je przetrzymywać co najmniej przez 5 lat od końca roku, w którym zakończy się nasza współpraca. Okres ten wynika z przepisów prawa m.in. ustawy o rachunkowości.

W przypadku danych pracowniczych obowiązkowy okres przechowywania danych wynosi 50 lat i wynika on z Kodeksu pracy.

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 pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
Inspektor Ochrony Danych Osobowych
ul. Domaniewska 50B
02-672 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 dostępna była zawsze ich aktualna wersja www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx, a ponadto o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście. Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce **01.05.2018**.

