



OGÓLNE WARUNKI
GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA
„ASSISTANCE MEDYCZNY
(SMYK)”



Spis treści

INFORMACJA DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA „ASSISTANCE MEDYCZNY (SMYK)”	3
OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA „ASSISTANCE MEDYCZNY (SMYK)”	4
§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE	4
§ 2. DEFINICJE	4
§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	5
§ 4. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNY (SMYK)	6
§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	6
§ 6. ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	7
§ 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	7
§ 8. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAISTNIENIA ZDARZENIA	7
§ 9. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	8
Polityka prywatności	10
Notatki	12

**INFORMACJA DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
„ASSISTANCE MEDYCZNY (SMYK)”,
zgodnie z art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

	Rodzaj informacji	Numer postanowienia OWU
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 8
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA „ASSISTANCE MEDYCZNY (SMYK)”

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Assistance Medyczny (SMYK)” (dalej: „OWU”) mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia (dalej: Umowa Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK), zawartej przez i pomiędzy 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”) a Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (dalej: „Ubezpieczający”), na rzecz Ubezpieczonych.
2. Na podstawie OWU, zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonym ochronę ubezpieczeniową w jednym z trzech wariantów: Wariantcie Wypadkowym, Wariantcie Chorobowym i Wariantcie Rozszerzonym.
3. Wariant i zakres udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej wskazany jest w Polisie.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe przysługujące Ubezpieczonym na podstawie niniejszych OWU są realizowane przez Ubezpieczyciela na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje na piśmie Ubezpieczonemu, przed objęciem ochroną w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) informację, o których mowa w art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 roku. Informacje te mogą być przekazane pisemnie lub na innym trwałym nośniku, jeśli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę.

§ 2. DEFINICJE

1. **Centrum Informacji Prawnej** – podmiot działający na zlecenie Ubezpieczyciela, zawodowo zajmujący się świadczeniem usług pomocy prawnej, zgodnie z przepisami obowiązującego prawa.
2. **Choroba** – zdiagnozowana u Ubezpiezonego przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
3. **Choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed objęciem ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem; choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną Hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK).
4. **Cybernękanie** – wyrządzenie Ubezpieczonemu szkody lub napad na Ubezpiezonego na blogu, forum lub za pośrednictwem mediów społecznościowych o charakterze powtarzającym się i celowym.
5. **Deklaracja Przystąpienia do Assistance Medycznego (SMYK)** – złożone przez Przedstawiciela ustawowego oświadczenie woli, objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) oraz inne złożone przez niego oświadczenia i zgody.
6. **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
7. **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie.
8. **Konsultant** – podmiot leczniczy działający poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wyznaczony przez Ubezpieczyciela do współpracy w celu przeprowadzenia Zagranicznej konsultacji medycznej, upoważniony do udzielenia Powtórnej opinii medycznej.
9. **Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpiezonego.
10. **Miejsce zamieszkania** – adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany przez Ubezpiezonego podczas przystępowania do Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK).
11. **Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpiezonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej.
12. **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane Przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.
13. **Okres ochrony** – okres, na jaki udzielono ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu na podstawie niniejszych OWU.
14. **Płacówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
15. **Poważne zachorowanie** – zdiagnozowana u Ubezpiezonego Choroba lub przeprowadzony u Ubezpiezonego zabieg operacyjny, których odpowiednio diagnoza lub konieczność przeprowadzenia została potwierdzona przez Lekarza prowadzącego w dokumentacji medycznej Ubezpiezonego wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Za Poważne zachorowanie uznaje się: Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, Łagodny guz mózgu, Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego, Przeszczep szpiku kostnego, Operacja mózgu, Nowotwór złośliwy, Kardiomiopatia, Przewłękła niewydolność nerek, Przewłękła niewydolność wątroby, Przewłękła niewydolność oddechowca, Śpiączka, Choroba Crohna, Cukrzyca typu I, Zapalenie mózgu, Operacja zastawki serca, Zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji, Utrata słuchu, Borelioza, Choroba neuronu ruchowego, Przeszczep organów (nerki, serca, płuca, trzustki lub co najmniej jednego płuca wątroby), Paraliż dwóch dowolnych kończyn, Reumatoidalne zapalenie stawów, Poważne oparzenia, Padaczka ciężka, Ciężkie zaburzenia widzenia, Udar, Wrzodzące zapalenie jelita grubego.
16. **Powtórna opinia medyczna** – opinia będąca rezultatem Zagranicznej konsultacji medycznej, dostarczona przez Ubezpieczyciela na piśmie lub w formie elektronicznej Ubezpieczonemu lub Przedstawicielowi ustawowemu.
17. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Głównej oraz objęcie Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela (początek Okresu ochrony), w którym określony jest wariant i zakres udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej oraz podany jest numer telefonu do Ubezpieczyciela.
18. **Przedstawiciel ustawowy** – rodzic Ubezpiezonego, któremu sąd nie ograniczył władzy rodzicielskiej, albo opiekun ustanowiony przez sąd dla Ubezpiezonego.
19. **Przyczyna zewnętrzna** – czynnik zewnętrzny wobec organizmu, który stanowi wyłączny powód powstania obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, polegający na oddziaływaniu na organizm:
 - 1) energii kinetycznej – powodującej obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
 - 2) energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
 - 3) czynników chemicznych – powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc;
 - 4) czynników akustycznych – powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.
20. **Rok polisowy** – okres kolejnych 365 dni w jakim Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w OWU, liczony od wskazanej w Polisie daty objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) a następnie każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu.
21. **Sporty wysokiego ryzyka** – sporty motorowe i motorowodne, sporty powietrzne, szybownictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, lotnictwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, heliskiing, heliboarding, uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi (pustynia, góry powyżej 4000 metrów n.p.m., busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub assekuracyjnego), downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach lub desce snowboardowej, jazda poza wyznaczonymi trasami, zjazdy ekstremalne, kajakerstwo górskie, rafting.
22. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne funkcjonowanie lub ułatwiający choremu samodzielne funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny w rozumieniu OWU to: piłki, taśmy lub wałki rehabilitacyjne, baloniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, 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 tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytech urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka łędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
23. **Szkoda na e-renomie** – zniesławienie Ubezpiezonego (opublikowanie nieprawdziwego oświadczenia) lub znieważenie za pośrednictwem zdjęć, pisma, nagrań wideo lub oświadczeń opublikowanych na blogu, forum, mediach społecznościowych lub w witrynie internetowej, lub informacje publikowane bez uzyskania zgody albo niezgodnie z prawem rozpowszechnianie informacji prywatnych (w tym, między innymi: zdjęć, nagrań wideo, adresu, numeru telefonu itd.) na blogu, forum, mediach społecznościowych lub w witrynie internetowej. Ubezpieczony jest zobowiązany podać szczegółowe informacje dotyczące konkretnych stron internetowych, na których ukazała się szkodliwa publikacja, zniesławienie lub nieprawdziwe oświadczenie (w postaci nagrań wideo, fotografii lub opublikowanych oświadczeń) autorstwa osoby trzeciej, zniesławiające i kompromitujące tożsamość Ubezpiezonego, oraz jest zobowiązany udowodnić, że nieprawdziwe oświadczenie nie zostało opublikowane w Internecie przez niego samego. Ubezpieczony może również zostać poproszony o dokonanie zgłoszenia na policję po odkryciu szkodliwej publikacji, z podaniem szczegółów na temat jej treści.
24. **Szpital** – placówka opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie całonocowej opieki w zakresie leczenia i diagnostyki w stalach pomieszczeniach, odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest: dom opieki, dom pomocy społecznej, ośrodek dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgnarska, hospicjum onkologiczne, ośrodek leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodek rekonwalescencyjny, uzdrowiskowy, sanatoryjny ani ośrodek wypoczynkowy, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, oddział dziennego pobytu; ośrodek rehabilitacji lub zakład opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacyjnego.
25. **Ubezpieczający** – Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy Al. Jerozolimskich 162 A, 02-342 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000012318.
26. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną na podstawie Umowy Głównej, która w dacie podpisania wniosku o zawarcie Umowy Głównej ukończyła 1. rok życia, ale nie ukończyła 18. roku życia.
27. **Ubezpieczyciel** – 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 w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 0000189340, na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.
28. **Umowa Główna** – umowa terminowego ubezpieczenia na życie wraz z ryzykami dodatkowymi Aegon Smyk o oznaczeniu SMYK-OWU-1122, zawarta pomiędzy Ubezpieczającym

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 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
17 287 285 EUR wpłacony w całości
PL 02 1240 1053 1111 0010 0140 7382
Bank Polska Kasa Opieki i S.A.
Dyrektor Oddziału Piotr Rusowski

- a Przedstawicielem ustawowym, w ramach której przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
29. **Umowa Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medycznej (SMYK)** – umowa grupowego ubezpieczenia, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych.
30. **Wada wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
31. **Zagraniczna konsultacja medyczna** – analiza dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego, 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.
32. **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej uprawniającej do otrzymywania, w związku z uprawianiem sportu, wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków niezależnie od tego, czy sport

jest uprawiany indywidualnie, czy zespołowo. Za zawodowe uprawianie sportu nie uważa się zajęć w ramach szkolnych klubów sportowych oraz amatorskiego uprawiania sportu w ramach pozaszkolnych klubów sportowych.

33. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – powstałe w Okresie ochrony, objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela zdarzenie, uprawniające Ubezpieczonego do skorzystania ze świadczeń opisanych w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie i ochrona tożsamości Ubezpieczonego w zakresie ryzyka wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty świadczeń lub zwraca koszty świadczeń, z zastrzeżeniem § 7 ust. 5-6, zgodnie z opisem zamieszczonym w ust. 4 (Tabela nr 1).
- Limity kwotowe i ilościowe świadczeń zostały opisane w ust. 4 oraz dotyczą każdego Roku polisowego i odnoszą się oddzielnie do każdego Ubezpieczonego.

4. Tabela nr 1: Zakres ubezpieczenia Assistance Medycznej (Smyk):

Assistance Medyczny (SMYK)		Wariant Wypadkowy	Wariant Chorobowy	Wariant Rozszerzony	
świadczenie	Limity w Roku polisowym	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zdarzenie ubezpieczeniowe	
<i>Świadczenia assistance</i>					
1. Wizyta lekarska – w Placówce medycznej lub w Miejscu zamieszkania, wraz z kosztami dojazdów lekarza oraz jego honorariów, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.	3 wizyty (łącznie limit na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe)	Nieszczęśliwy wypadek	Nagle zachorowanie lub Poważne zachorowanie	Nagle zachorowanie, Poważne zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	
2. Wizyta pielęgniarki* – w Miejscu zamieszkania, po zakończeniu Hospitalizacji, wraz z kosztami dojazdu i honorariów pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego.	3 wizyty (łącznie limit na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe)	Hospitalizacja na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Poważnego zachorowania	Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania, Poważnego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku	
3. Prywatne lekcje* – utracone lekcje w szkole zgodnie z planem lekcji, w Miejscu zamieszkania, po zakończeniu Hospitalizacji, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym wskazaniem Lekarza prowadzącego, powinien przebywać w domu przez okres powyżej 7 dni. Data rozpoczęcia prywatnych lekcji powinna wystąpić nie później niż w okresie 30 dni od daty wystawienia pisemnego wskazania Lekarza prowadzącego do przebywania w domu, a data zakończenia prywatnych lekcji – przed upływem 30 dnia licząc od daty ich rozpoczęcia.	1 000,00 PLN (na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe)	Hospitalizacja na skutek Nieszczęśliwego wypadku	Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Poważnego zachorowania	Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania, Poważnego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku	
4. Rehabilitacja* – wizyty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania albo wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej, wraz z kosztami transportu i zabiegów rehabilitacyjnych.	1 000,00 PLN (na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe)	Nieszczęśliwy wypadek	–	Nagle zachorowanie, Poważne zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	
5. Pomoc psychologa – w Miejscu zamieszkania lub w poradni zdrowia psychicznego.	800,00 PLN (na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe)	Nieszczęśliwy wypadek	–	Nagle zachorowanie, Poważne zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	
6. Wypożyczenie lub zakup oraz transport Sprzętu rehabilitacyjnego* – do Miejsca zamieszkania.	1 500,00 PLN (łącznie limit na wypożyczenie/zakup i transport, na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe)	Nieszczęśliwy wypadek	–	Nagle zachorowanie, Poważne zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	
7. Zwrot kosztów turnusu rehabilitacyjnego* – w tym kosztów zakwaterowania, wyżywienia i zabiegów zaleconych przez Lekarza prowadzącego, na podstawie dostarczonego do Ubezpieczyciela dowodu zapłaty za turnus. Data rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego powinna wystąpić nie później niż w okresie 60 dni od daty wystawienia pisemnego skierowania lub zalecenia od Lekarza prowadzącego.	2 000,00 PLN (maksymalnie 1 pobyt stacjonarny na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe)	–	–	Nagle zachorowanie, Poważne zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	
<i>Świadczenia medyczne</i>					
8. Konsultacja lekarzy specjalistów*	-chirurg -okulista -otolaryngolog -ortopeda -kardiolog -neurolog -pulmonolog -neurochirurg	10 konsultacji tej samej lub różnej specjalności (łącznie limit na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe)	Nieszczęśliwy wypadek	Nagle zachorowanie lub Poważne zachorowanie	Nagle zachorowanie, Poważne zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek
9. Badania*	-badania laboratoryjne** -rentgen -ultrasonografia -tomografia komputerowa (CT) -rezonans magnetyczny (MRI)	5 badań (w tym maksymalnie 1 badanie CT i jedno badanie MRI – łączny limit na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe)	Nieszczęśliwy wypadek	Nagle zachorowanie lub Poważne zachorowanie	Nagle zachorowanie, Poważne zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek
*świadczenia przysługujące na podstawie pisemnego zalecenia lub skierowania od Lekarza prowadzącego					
**mocz (badanie ogólne), OB, morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik, TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, fosfor nieorganiczny, magnez, CRP ilościowo, HBs przeciwciała, HCV przeciwciała, IgE całkowite. Badania laboratoryjne zalecone na jednym skierowaniu od Lekarza prowadzącego są traktowane jako jedno badanie, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na tym skierowaniu.					

Assistance Medyczny (SMYK)	Wariant Wypadkowy	Wariant Chorobowy	Wariant Rozszerzony
<i>telekonsultacje</i>			
10. Telekonsultacje pediatryczne i internistyczne – telefoniczne konsultacje lekarskie z pediatrą lub lekarzem pierwszego kontaktu, obejmujące możliwość wystawienia e-recepty i zwolnienia lekarskiego w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.	Bez limitu	Nieszczęśliwy wypadek	Nagle zachorowanie lub Poważne zachorowanie
<i>powtórna opinia medyczna</i>			
11. Powtórna opinia medyczna – organizacja Zagranicznej konsultacji medycznej, która obejmuje: - udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej opinii medycznej; - tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski; - przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę; - wydanie Powtórnej opinii medycznej przez Konsultanta; - tłumaczenie na język polski Powtórnej opinii medycznej wydanej przez Konsultanta; - udostępnienie Powtórnej opinii medycznej Ubezpieczonemu.	1 Powtórna opinia medyczna (na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe)	–	Poważne zachorowanie
<i>Ochrona tożsamości on-line</i>			
12. Interwencja u administratora/ moderatora medium/ wyszukiwarki: • Prośba o usunięcie informacji przez odpowiedniego dostawcę witryny lub platformę mediów społecznościowych – specjalista IT skontaktuje się w imieniu Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego z osobą odpowiedzialną (np. z właścicielem witryny internetowej) w celu usunięcia (zablokowania) szkodliwych danych; • Prośba o usunięcie odwołań do treści lub usunięcie indeksacji treści usuniętych w wyszukiwarce – specjalista IT skontaktuje się w imieniu Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego z operatorami wyszukiwarek Google w celu usunięcia indeksacji treści usuniętych lub usunięcia odwołań (treści niezwiązanych z tożsamością Ubezpieczonego).	2 Zdarzenia ubezpieczeniowe (bez limitu interwencji)	–	Cybernękane lub Szkoda na e-renomie
13. Asysta prawna: • udzielanie telefoniczne lub w formie elektronicznej, za pośrednictwem Centrum Informacji Prawnej, informacji w zakresie powszechnie obowiązujących przepisów prawa polskiego, orzecznictwa i poglądów przedstawicieli doktryny prawnej, dotyczących poniższych kwestii: - kroki, jakie można podjąć w przypadku nieuprawnionego przejęcia konta internetowego na portalach społecznościowych lub platformach handlowych; - kroki, jakie można podjąć w przypadku bezprawnego wykorzystania wizerunku Ubezpieczonego w sieci; - kroki, jakie można podjąć w przypadku zniesławienia, znieważenia lub napadu w sieci ; - dane teled adresowe sądów, prokuratury, policji, urzędów administracji publicznej; - procedury i wiążące się z tym koszty obrony swoich praw w postępowaniu sądowym lub egzekucyjnym; - aktualna lub archiwalna treść aktów prawnych oraz wzorów pism stosowanych w ramach postępowania danego rodzaju; - obowiązujące procedury sądowe oraz koszty prowadzenia sporów prawnych; - dane adwokatów lub radców prawnych mogących się podjąć reprezentacji interesów Ubezpieczonego, w przypadku zamiaru skierowania przez Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego sprawy na drogę postępowania sądowego. • udzielanie telefonicznie lub w formie elektronicznej prostych porad prawnych, niewymagających analizy lub sporządzania dokumentów; Centrum Informacji Prawnej jest dostępne w Dni robocze, w godzinach 9–17.	2 Zdarzenia ubezpieczeniowe (w tym 2 porady prawne)	–	Cybernękane lub Szkoda na e-renomie
14. Pomoc psychologa – w Miejscu zamieszkania lub w poradni zdrowia psychicznego.	2 konsultacje	–	Cybernękane lub Szkoda na e-renomie

§ 4. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNY (SMYK)

- Do Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) może przystąpić osoba objęta ochroną z tytułu Umowy Głównej, która złożyła Ubezpieczającemu podpisaną Deklarację Przystąpienia do Assistance Medycznego (SMYK).
- Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o przystąpieniu do Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) osoby, o której mowa w ust. 1 powyżej, w trybie uzgodnionym w Umowie Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK), oraz przekazać tej osobie OWU przed wypełnieniem przez nią Deklaracji Przystąpienia do Assistance Medycznego (SMYK).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe z tytułu lub w następstwie:
 - umyślnego działania Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego;
 - rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności lub zasadom współżycia społecznego;
 - popelnienia przez Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego przestępstwa umyślnego lub usiłowania popelnienia przestępstwa;
 - umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez Ubezpieczonego;

- działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej;
- leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
- zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
- zarażenia się HIV (z zastrzeżeniem Powtórnej opinii medycznej) lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
- Chorób przewlekłych Ubezpieczonego;
- nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
- Zawodowego uprawiania sportu;
- Sportów wysokiego ryzyka;
- katastrof naturalnych, działania ognia lub następujących żywiołów: 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;
- spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezarejestrowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo skutkowym ze spożyciem tych substancji;

- 16) zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:
- 1) leczenia stomatologicznego;
 - 2) leczenia eksperymentalnego i niepotwierzonego badaniami;
 - 3) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków lub zabiegów zapobiegawczych;
 - 4) kosztów związanych ze sprawowaniem opieki pielęgniarskiej: zakupu żywności, leków, środków medycznych lub materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej;
 - 5) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę;
 - 6) przygotowania skierowań na badania w ramach Telekonsultacji pediatrycznych i internistycznych.
3. W zakresie Powtórnej opinii medycznej, oprócz okoliczności wymienionych w ust. 1, Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe z tytułu lub w następstwie:
- 1) zdarzeń zaistniałych w wyniku działania trucizny albo trujących gazów lub oparów;
 - 2) Wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkami;
 - 3) zdarzeń zaistniałych w wyniku poddania się zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza, poddania się leczeniu eksperymentalnemu lub niepotwierdzonemu badaniami, poddania się operacjom plastycznym;
 - 4) bezpośrednich konsultacji ani innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a Konsultantem;
 - 5) kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych;
 - 6) następujących zmian w mózgu: cyst, zwapnień, ziarninaków, malformacji tętnic lub żył;
 - 7) konsultacji w związku z operacjami mózgu, które nie wymagają chirurgicznego nacięcia czaszki;
 - 8) naczynek;
 - 9) zmian przednowotworowych;
 - 10) następujących rodzajów nowotworów:
 - a) Nowotwór nieinwazyjny (*in situ*),
 - b) Nowotwór złośliwy skóry inny niż czerniak złośliwy, który przeszedł przez warstwę naskórka,
 - c) Rak brodawkowy tarczycy, chyba że osiągnął stopień zaawansowania co najmniej T2N0M0 w klasyfikacji TNM (UICC, 2016),
 - d) Chłoniak Hodgkina lub chłoniak niezziarniczny, chyba że osiągnął stopień zaawansowania co najmniej stopnia 2 w klasyfikacji Ann Arbor (2016),
 - e) Białaczka niepowodująca znaczącej klinicznie anemii,
 - f) Nieinwazyjne nowotwory charakteryzujące się złośliwością graniczną lub małym potencjałem złośliwości,
 - g) dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2 lub CIN-3;
 - 11) kardiomiopatii wtórnych będących wynikiem spożywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 12) wtórnych chorób wątroby będących wynikiem spożywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 13) zarażeń wirusem HIV w drodze kontaktów seksualnych, dożylnego przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 14) transplantacji autologicznych, transplantacji części organów (z wyłączeniem płata wątroby);
 - 15) drgawek gorączkowych i nieuogólnionych małych napadów padaczkowych;
 - 16) następujących rodzajów udarów:
 - a) Przemijające niedokrwienie (TIA),
 - b) Udar o nieokreślonym czasie wystąpienia,
 - c) Udar zdiagnozowany jedynie w oparciu o biomarkery,
 - d) Udar wpływający jedynie na funkcje węchowe lub przedsionkowe lub oka.
4. W zakresie Ochrony tożsamości on-line, oprócz okoliczności wymienionych w ust. 1, ochroną nie są objęte:
- 1) Cybernękanie lub Szkoda na e-renomie wskutek publikacji materiału przez członka rodziny Ubezpieczonego (dziadkowie, rodzice, przysposabiający, ojczym, macocha, rodzeństwo);
 - 2) Cybernękanie lub Szkoda na e-renomie spowodowana publikacją materiału, które rozpoczęło się przed Okresem ochrony;
 - 3) Szkoda na e-renomie spowodowana publikacją materiału, który jest merytorycznie poprawny;
 - 4) Szkoda na e-renomie poniesiona z uwagi na rejestrację w witrynach mających na celu promowanie przemocy, pornografii lub dyskryminacji albo nieprzestrzegających praw człowieka i zasad przyzwoitości;
 - 5) Cybernękanie lub Szkoda na e-renomie poniesiona za pośrednictwem komunikatora (czatu) lub poczty elektronicznej, jeśli nie są one publicznie dostępne;
 - 6) Cybernękanie lub Szkoda na e-renomie poniesiona w prywatnych pokojach rozmów, grupach dyskusyjnych lub w innych strefach chronionych przed nieuprawnionym dostępem;
 - 7) Cybernękanie lub Szkoda na e-renomie w innych mediach niż blog, forum dyskusyjne, media społecznościowe lub witryna internetowa.
5. W zakresie Asysty prawnej, oprócz okoliczności wymienionych w ust. 1, ochroną nie są objęte:
- 1) koszty usług prawnych świadczonych poza Centrum Informacji Prawnej, w tym koszty zastępstwa procesowego;
 - 2) informacje z zakresu prawa wykroczeń oraz prawa karnego skarbowego;
 - 3) informacje w zakresie sporów Ubezpieczonego z Ubezpieczającym oraz Ubezpieczającego z Ubezpieczycielem;
 - 4) informacje dotyczące należności publicznoprawnych, w tym informacje z zakresu prawa podatkowego oraz celnego;
- 5) informacje dotyczące spraw wynikających z gier lub zakładów albo czynności, które nie mogą być przedmiotem prawnie skutecznej umowy, a także spory z umów poręczenia, przejęcia lub przystąpienia do długu albo innego rodzaju zabezpieczeń wierzytelności, gwarancji bankowych lub ubezpieczeniowych;
- 6) informacje z zakresu prawa Unii Europejskiej lub prawa międzynarodowego.
6. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do opóźnienia wykonania świadczeń na skutek pandemii, epidemii, strajków, niepokojów społecznych, zamieszek, aktów terroryzmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego.

§ 6. ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Umowa Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) jest zawierana na rzecz osób fizycznych, objętych ochroną na podstawie Umowy Głównej.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o objęciu ochroną osób na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK), o których mowa w ust. 1, w trybie uzgodnionym w Umowie Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) oraz przekazać tym osobom (lub Przedstawicielom ustawowym) OWU.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie jako data rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Okres ochrony jest równy okresowi ochrony z tytułu Umowy Głównej.
5. Ubezpieczony (lub Przedstawiciel ustawowy) ma prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) w każdym czasie trwania ubezpieczenia. W tym celu Ubezpieczony (lub Przedstawiciel ustawowy) powinien złożyć Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji, zawierające dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego oraz prośbę o zaniechanie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK). W przypadku złożenia oświadczenia o rezygnacji odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje w określonej w Umowie Głównej dacie miesięcznicy następującej po złożeniu przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji.
6. Umowa Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
7. Umowa Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, zatem Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) w terminie 7 dni od jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
8. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych poniżej przypadków:
 - 1) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Głównej;
 - 2) z końcem dnia daty miesięcznicy, gdy Ubezpieczony wystąpił z Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK);
 - 3) z końcem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia, zgodnie z ust. 6;
 - 4) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK), zgodnie z ust. 7;
 - 5) w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

Składka ubezpieczeniowa jest finansowana w całości przez Ubezpieczającego i została określona w Umowie Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK).

§ 8. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAISTNIENIA ZDARZENIA

1. W celu zgłoszenia zdarzenia i skorzystania ze świadczeń, niezależnie od rodzaju zdarzenia, o które wnioskuje Ubezpieczony, Przedstawiciel ustawowy lub osoba działająca w jego imieniu, należy skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem, pod numerami telefonu **(22) 522 27 36 lub (22) 232 27 36** i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego i numer PESEL;
 - 2) nazwę Umowy Głównej;
 - 3) adres Miejsca zamieszkania;
 - 4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą;
 - 5) opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy.
2. Postępowanie w zakresie Świadczeń assistance i Świadczeń medycznych:
 W celu realizacji Świadczeń medycznych i Świadczeń assistance oznaczonych w Tabeli nr 1 znakiem „**”, Ubezpieczony, Przedstawiciel ustawowy lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) skierowanie lub pisemne zalecenie od Lekarza prowadzącego na przeprowadzenie konsultacji, badań, rehabilitacji lub innych świadczeń.
3. Postępowanie w zakresie Świadczeń medycznych (Konsultacje lekarzy specjalistów, Badania)
 - 1) W oparciu o przekazane dokumenty, o których mowa w ust. 2, lekarz konsultant Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania,

- podjąć decyzję, czy złożone dokumenty uzasadniają odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie udzielenia świadczenia medycznego, o które wnioskuje Ubezpieczony lub Przedstawiciel ustawowy. Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego o podjętej decyzji pisemnie, e-mailem lub sms-em w zależności od preferowanej formy kontaktu.
- 2) Jeżeli w opinii lekarza konsultanta Ubezpieczyciela w oparciu o przekazane dokumenty nie można określić odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego pisemnie, e-mailem lub sms-em, w zależności od preferowanej formy kontaktu, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności.
 - 3) Ubezpieczyciel, w porozumieniu z Ubezpieczonym lub Przedstawicielem ustawowym, ustala miejsce realizacji świadczenia medycznego i w terminie do 3 Dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, o których mowa w ust. 2, organizuje świadczenie we współpracującym z Centrum Pomocy podmiocie lub Placówce medycznej.
 - 4) W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia medycznego, Ubezpieczyciel poinformuje pisemnie Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego o odmowie realizacji świadczenia medycznego, wskazując przyczynę odmowy.
4. Ubezpieczyciel pokrywa koszty Świadczeń assistance i Świadczeń medycznych (z wyjątkiem świadczenia: Zwrot kosztów turnusu rehabilitacyjnego) bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
 5. Ubezpieczyciel dopuszcza zwrot kosztów Świadczeń assistance i Świadczeń medycznych, zorganizowanych bez udziału Ubezpieczyciela, pod warunkiem uprzedniego skontaktowania się z Centrum Pomocy, zgodnie z ust. 1.
 6. Ubezpieczyciel zwraca ww. koszty na podstawie przedłożonych przez Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego dokumentów potwierdzających poniesienie tych kosztów oraz dokumentów stwierdzających wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Zwrot kosztów następuje na podstawie udokumentowanych kosztów, do wysokości rzeczywistych poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do kwoty limitów, ustalonych w Tabeli nr 1.
 7. Postępowanie w zakresie Powtórnej opinii medycznej
 - 1) Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu lub Przedstawicielowi ustawowemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej opinii medycznej; Warunkiem uzyskania Powtórnej opinii medycznej, która jest rezultatem Zagranicznej konsultacji medycznej, jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego dokumentacji medycznej dotyczącej Poważnego zachorowania (w tym diagnozy medycznej), sporządzonej w języku polskim i podpisanej przez Lekarza prowadzącego (w formie elektronicznej, na trwałym nośniku na adres korespondencyjny Ubezpieczyciela);
 - 2) Lekarz konsultant Ubezpieczyciela weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną i przygotowuje do wysłania do Konsultanta;
 - 3) W przypadku gdy otrzymana dokumentacja medyczna jest w opinii lekarza konsultanta Ubezpieczyciela niekompletna, Ubezpieczyciel kontaktuje się drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila z Ubezpieczonym lub Przedstawicielem ustawowym w celu poinformowania o brakujących dokumentach;
 - 4) Po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej Ubezpieczyciel informuje telefonicznie lub za pośrednictwem e-maila Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji usługi Powtórnej opinii medycznej;
 - 5) Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przestania Powtórnej opinii medycznej w sposób określony w ust. 8 poniżej w możliwie najkrótszym terminie, nie przekraczającym jednak 30 (trzydziestu) Dni roboczych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w pkt. 2) i 5) powyżej, z zastrzeżeniem pkt. 8) poniżej;
 - 6) W przypadku gdy w opinii Konsultanta, na podstawie otrzymanego za pośrednictwem Ubezpieczyciela kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w pkt. 2) i 5) powyżej, do wydania Powtórnej opinii medycznej konieczne będzie uzupełnienie tej dokumentacji lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Ubezpieczyciel lub lekarz konsultant Ubezpieczyciela niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego bądź Przedstawiciela ustawowego drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila;
 - 7) Ubezpieczyciel odsyła Powtórny opinię medyczną na adres e-mail (w postaci zaszyfrowanych plików), z którego Ubezpieczony lub Przedstawiciel ustawowy wysłał do Ubezpieczyciela dokumentację medyczną. Powtórna opinia medyczna, na życzenie Ubezpieczonego, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny podany przez Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego.
 8. Postępowanie w zakresie Ochrony tożsamości on-line:
 - 1) Ubezpieczony, Przedstawiciel ustawowy lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczycielowi dokument potwierdzający zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego: zrzut z ekranu ukazujący działanie osoby trzeciej, które w opinii Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego nosi znamiona Cybernękania lub Szkody na e-renomie;
 - 2) W przypadku zawiadomienia policji lub prokuratury o zdarzeniu, Ubezpieczony, Przedstawiciel ustawowy lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest dostarczyć kopię zawiadomienia, z potwierdzeniem złożenia zawiadomienia na policji lub w prokuraturze.
 9. Postępowanie w zakresie Asysty prawnej:
 - 1) Ubezpieczony lub Przedstawiciel ustawowy zobowiązany jest podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem i Centrum Informacji Prawnej, w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności i przyczyn Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym udzielić wszelkich wyjaśnień o stanie sprawy, przesłać dokumenty na żądanie Ubezpieczyciela lub Centrum Informacji Prawnej;
 - 2) Odpowiedź następuje w terminie 3 Dni roboczych po dniu otrzymania zapytania przez Centrum Informacji Prawnej;
- 3) Centrum Informacji Prawnej nie ponosi odpowiedzialności za niezgodne z udzieloną Ubezpieczonemu poradą, złożenie lub niewłaściwe opłacenie pism przez Ubezpieczonego po terminie ustawowym lub do niewłaściwego sądu, urzędu, organu.
 10. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenia przysługujące na podstawie OWU w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
 11. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie określonym w ust. 10.
 12. Jeżeli w terminie 30 dni licząc od daty zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) Ubezpieczonego lub Przedstawiciela ustawowego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłata bezsporną część świadczenia.
 13. Wypłata przysługujących świadczeń następuje w złotych polskich (PLN).

§ 9. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK), Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) bądź ich spadkobiercy mogą złożyć Ubezpieczycielowi:
 - 1) ustnie – telefonicznie pod numer: (+48 22) 522 26 40 (dostępny w Dni robocze w godzinach 8.00–16.00) albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - 2) na piśmie – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - 3) w postaci elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
2. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) 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 na piśmie.
3. Odpowiedź na reklamację udzielana jest na piśmie. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
4. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie Dyrektorowi Oddziału Ubezpieczyciela wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, na piśmie lub w postaci elektronicznej w terminie trzydziestu dni od jej otrzymania. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest na piśmie niezwłocznie, nie później niż w terminie trzydziestu dni od jej otrzymania i przesyłana jest pocztą lub zgodnie z ust. 3.
5. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK), w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do rozpatrzenia sprawy przez Rzecznika Finansowego.
6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w Ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w Ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Biuro Rzecznika Finansowego

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
www.rf.gov.pl

7. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK).
8. Prawem właściwym dla OWU jest prawo polskie.
9. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) bądź ich spadkobiercami jest język polski.

10. Spory wynikające z Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
11. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK).
12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK) można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance Medyczny (SMYK).
13. 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 jakiegokolwiek 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.
14. Niniejsze OWU przyjęte zostały uchwałą Ubezpieczyciela nr 017/2022 z dnia 13.09.2022 roku i wchodzi w życie z dniem 02.11.2022 r.



Piotr Ruszowski
Dyrektor Oddziału

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, 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
- Informacje o posiadanym prawo jazdy (kategoria, data wydania, data ważności, numer dokumentu)
- Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym
- Numer rejestracyjny pojazdu
- Numer VIN pojazdu
- 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 dane dotyczą stanu zdrowia oraz 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
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 w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak	art. 6 ust. 1 lit. a) RODO*, 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*

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
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*
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 zgłoszonej przez Państwa szkody.

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 oceniali 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.

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 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 regułami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. 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: <https://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

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, którym jest Pani Katarzyna Kosińska. Z Inspektorem 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 stronie: <https://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: <https://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 **01.01.2021 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 119 z 04.05.2016, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2).

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 Warszawa
Tel: +48 22 522 28 00