



# Pandemia pod Kontrolą

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia



## Ogólne Warunki Ubezpieczenia

### Pandemia pod kontrolą

**Skorowidz** najważniejszych informacji do Warunków Ubezpieczenia „**Pandemia pod kontrolą**” dla klientów **Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.**, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń.

---

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia/odszkodowania lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 9
2. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia	§ 3 § 4 § 7 ust. 2-3
3. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 6

---

## POSTANOWIENIA WSPÓLNE

### § 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pandemia pod kontrolą” zwane dalej OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia (zwanej dalej „Umową” lub „Umowami”), zawartych pomiędzy Nationale Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (zwanym dalej „Ubezpieczającym”) a Europe Assistance S.A. (Ubezpieczycielem) na rzecz osób fizycznych (Ubezpieczeni) będących ubezpieczonymi w ramach umów grupowego ubezpieczenia na życie Razem dla siebie zawartych z Ubezpieczającym:

## DEFINICJE

### § 2

1. Terminy i nazwy użyte w niniejszych OWU, certyfikacie oraz innych dokumentach związanych z umową ubezpieczenia oznaczają
  - 1) **Centrum Alarmowe** – jednostka organizacyjna wskazana przez Ubezpieczyciela, dostępna całodobowo, do której Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową; Centrum Alarmowym jest Europ Assistance Polska Sp. z o.o., ul. Wołoska 5, budynek Taurus, 02–675 Warszawa;
  - 2) **Certyfikat** – dokument potwierdzający przystąpienie Ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia;
  - 3) **Choroba pandemiczna** - choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególnie zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania, w związku z wystąpieniem której ogłoszono Epidemię lub Pandemię;
  - 4) **Choroba przewlekła** – stan chorobowy, którego pierwsze objawy fizyczne lub rozpoznanie na podstawie odchyleń w badaniach dodatkowych miały miejsce 24 miesiące przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, i które nawróciły, trwały nadal, zaostrzyły się lub dawały powikłania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
  - 5) **Choroba zakaźna** – choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy;
  - 6) **Covid-19** – ostra choroba infekcyjna, spowodowana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (każdą z jego odmian), powodująca objawy ze strony układu oddechowego i ogólnoustrojowe. Konieczne jest potwierdzenie obecności wirusa w uznanym teście diagnostycznym (rRT-PCR);
  - 7) **Członek rodziny** – małżonek albo Partner, dzieci, rodzice, rodzice małżonka albo rodzice Partnera, rodzeństwo Ubezpieczonego, zamieszkujący wspólnie z nim i prowadzący wspólne gospodarstwo domowe;
  - 8) **Epidemia** – wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie. Wystąpienie epidemii na danym obszarze musi być potwierdzone ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii przez właściwy organ administracji rządowej (wojewodę/ministra lub inny kompetentny organ administracji).
  - 9) **Izolacja w warunkach domowych** – zapewnienia Ubezpieczonemu przebywającemu na Kwarantannie, miejsca izolacji, w odległości maksymalnie 50 km od miejsca zamieszkania, które spełnia następujące kryteria bytowo-sanitarne do wyłącznego użytku Ubezpieczonego:
    - a) miejsce do spania
    - b) miejsce do przygotowywania posiłków – kuchnia
    - c) toaleta
  - 10) **Kwarantanna** – odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie lub osoby chorej z przebiegiem choroby zakaźnej niewymagającej bezwzględnej hospitalizacji ze względów medycznych w jej miejscu zamieszkania lub pobytu w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób pandemicznych, zgodnie z zasadami określonymi dla kwarantanny i izolacji w warunkach domowych w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj.Dz.U.2019 nr 1239) lub innych stosownych przepisach obowiązujących na Terytorium RP w momencie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 11) **Lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, niebędąca członkiem rodziny Ubezpieczonego;
  - 12) **Lekarz Centrum Alarmowego** – lekarz współpracujący z Centrum Alarmowym;
  - 13) **Limit odpowiedzialności** - limit ilości usług lub limit kwotowy (dotyczący kosztów usługi), w ramach którego Ubezpieczyciel spełnia poszczególne Świadczenia assistance.
  - 14) **Miejsce zamieszkania** – adres wskazany przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia jako aktualne miejsce zamieszkania lub miejsce stałego pobytu. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania Ubezpieczony zobowiązany jest poinformować pisemnie (pocztą tradycyjną lub e-mailem) o tym fakcie Ubezpieczyciela;

- 15) **Okres ubezpieczenia** – okres wyznaczony przez daty początku i końca okresu odpowiedzialności określone zgodnie z OWU;
- 16) **Osoba bliska** – osoba bliska Ubezpieczonego: małżonek, Partner, rodzic Partnera, teściowie, zstępny, wstępny, przysposobiony i przysposabiający, rodzeństwo, opiekunowie prawni, powinowaci do II stopnia, ;
- 17) **Pandemia** – wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na Chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie, obejmująca swoim zakresem obszar więcej niż jednego kraju. Wystąpienie pandemii na danym obszarze musi być potwierdzone ogłoszeniem przez właściwy organ Światowej Organizacji Zdrowia.
- 18) **Partner** – osoba niebędąca w związku małżeńskim, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub przysposobienia, wskazana w zgłoszeniu do objęcia ochroną ubezpieczeniową. Jeśli Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, nie może wskazać do ubezpieczenia partnera.
- 19) **Pobyty w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w związku ze zdiagnozowaniem Choroby pandemicznej. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uważa się dzień przyjęcia do szpitala, a za ostatni dzień Pobytu w szpitalu – dzień wskazany w karcie wypisu ze Szpitala jako dzień wypisu ze Szpitala.
- 20) **Psycholog** – osoba posiadająca właściwe kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń psychologicznych polegających w szczególności na: diagnozie psychologicznej, opiniowaniu, orzekaniu, psychoterapii (po ukończeniu studiów podyplomowych w tym zakresie) oraz na udzielaniu pomocy psychologicznej.
- 21) **Rocznica polisy** – każda rocznica zawarcia Umowy ubezpieczenia grupowego;
- 22) **Rok ubezpieczeniowy** – okres od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia grupowego do najbliższej Roczniczy polisy oraz rok kalendarzowy rozpoczynający się w dniu każdej kolejnej rocznicy polisy, w czasie którego mają zastosowanie Limity odpowiedzialności określone w tabeli w § 3 ust.5;
- 23) **RP** – terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 24) **Szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z prawem polskim zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów leczniczych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. W rozumieniu niniejszych OWU szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny i uzdrowiskowy, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ośrodek leczenia uzależnień, szpital sanatoryjny;
- 25) **Test na obecność choroby pandemicznej** – metoda badania laboratoryjnego dająca najwyższe prawdopodobieństwo jednoznacznego potwierdzenia lub wykluczenia wystąpienia choroby pandemicznej. W przypadku Covid-19 za test na obecność choroby pandemicznej przyjmuje się test metodą RT-PCR – wymaz;
- 26) **Ubezpieczający** – Nationale Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, zarejestrowaną przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000025443;
- 27) **Ubezpieczony** – klient Nationale Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., który jest objęty ochroną w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia i wyraził wolę przystąpienia do Umowy;
- 28) **Ubezpieczyciel** – Europ Assistance S.A. – Ubezpieczyciel, zarejestrowany w rejestrze handlu i spółek Nanterre pod numerem 451 366 405, z siedzibą we Francji, 1 Promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers, w którego imieniu działa Centrum Alarmowe w ramach realizacji umowy;
- 29) **Umowa Generalna** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;
- 30) **Umowa ubezpieczenia grupowego** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Ubezpieczającym jako ubezpieczycielem i podmiotem trzecim jako ubezpieczającym, na podstawie której ubezpieczeniem na życie są obejmowane osoby pozostające w stosunku prawnym z tym ubezpieczającym;
- 31) **Zakres świadczeń** – wskazany przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia jeden z 2 wariantów różniący się zakresem ochrony: Zakres świadczeń Podstawowy albo Zakres świadczeń Rozszerzony;
- 32) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego choroby pandemicznej lub uzasadnione podejrzenie jej wystąpienia. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest również poddanie obowiązkowi Kwarantanny lub wskazanie do objęcia opieką profilaktyczną.

## PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje udzielenie Ubezpieczonemu lub Członkom Rodziny Świadczeń assistance określonych w ust. 5-6, w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Z zastrzeżeniem pkt 2 poniżej, Świadczenia assistance spełniane są przez Ubezpieczyciela w ramach Limitów odpowiedzialności określonych w Tabeli Świadczeń assistance dla poszczególnych rodzajów Świadczeń assistance w odniesieniu do poszczególnych rodzajów Zdarzeń ubezpieczeniowych. Limity odpowiedzialności odnoszą się do Świadczeń assistance dotyczących Zdarzeń ubezpieczeniowych, które zaszły w danym Roku ubezpieczeniowym. Przy czym:
  - 1) Jeżeli dany Limit odpowiedzialności został określony w ten sposób, że wskazano jedynie ilościowy limit Świadczeń Assistance – Ubezpieczyciel zapewnia Świadczenia Assistance w ilości nie wyższej niż ten limit w odniesieniu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych jednego rodzaju, które miały miejsce w Roku ubezpieczeniowym (niezależnie od liczby tych Zdarzeń ubezpieczeniowych), bez względu na koszty tych Świadczeń assistance.
  - 2) Jeżeli dany Limit odpowiedzialności został określony w ten sposób, że wskazano zarówno ilościowy limit Świadczeń assistance jak i kwotowy limit tych Świadczeń assistance - Ubezpieczyciel zapewnia Świadczenia assistance w ilości nie wyższej niż ten limit w odniesieniu do wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych danego rodzaju, które miały miejsce w Roku ubezpieczeniowym (niezależnie od liczby tych Zdarzeń), jednak do łącznej kwoty nie wyższej niż określona w Tabeli Świadczeń assistance. W przypadku gdy łączne koszty związane z realizacją danego Świadczenia assistance miałyby przekroczyć wskazaną kwotę Limitu odpowiedzialności, Świadczenie assistance jest spełniane o ile Ubezpieczony, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Ubezpieczyciela Limitem odpowiedzialności i we własnym zakresie sfinansuje koszt przekraczający kwotowy Limit odpowiedzialności.
  - 3) Jeżeli dla danego Świadczenia assistance w ramach kolumny „Limity odpowiedzialności” Tabeli Świadczeń assistance nie wskazano Limitu odpowiedzialności, Świadczenie Assistance jest spełniane dowolną ilość razy, pod warunkiem, że żądanie jego spełnienia zostało zgłoszone przez Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. Odniesienie Limitów odpowiedzialności do Zdarzeń ubezpieczeniowych, które miały miejsce w Roku ubezpieczeniowym oznacza, że:
  - 1) dla każdego Roku ubezpieczeniowego obowiązuje odrębny Limit odpowiedzialności;
  - 2) limit odpowiedzialności ma zastosowanie do wszystkich Świadczeń assistance danego rodzaju spełnianych w odniesieniu do Zdarzeń ubezpieczeniowych jednego rodzaju, które zaszły w danym Roku ubezpieczeniowym – nawet jeśli takie Świadczenia Assistance miałyby być realizowane w kolejnym Roku ubezpieczeniowym (decyduje data zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie zaś data spełnienia Świadczenia assistance).
5. Poniższa Tabela Świadczeń assistance określa sytuacje w jakich przysługuje świadczenie za poszczególne zdarzenia ubezpieczeniowe, w odniesieniu do których Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w ramach danego zakresu ubezpieczenia, rodzaje Świadczeń assistance, do których Ubezpieczony lub Członkowie rodziny są uprawnieni w przypadku zajścia danego rodzaju Zdarzenia ubezpieczeniowego, a także Limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla poszczególnych rodzajów Świadczeń assistance.

SYTUACJA W JAKIEJ PRZYSŁUGUJE ŚWIADCZENIE ASSISTANCE	ŚWIADCZENIE ASSISTANCE	LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI	
		Zakres świadczeń Podstawowy (dotyczy Ubezpieczonego)	Zakres świadczeń Rozszerzony (dotyczy Ubezpieczonego lub Członków rodziny)
Pomoc profilaktyczna	Rozpoznanie objawów	Bez limitu	Bez limitu <sup>2</sup>
	Zdalne konsultacje lekarskie	5 razy	5 razy <sup>2</sup>
	Zdalne konsultacje psychologiczne	5 razy	5 razy <sup>2</sup>
	Infolinia dedykowana	Bez limitu	Bez limitu <sup>2</sup>
Pomoc w czasie kwarantanny	Zdalne konsultacje lekarskie	5 razy	5 razy <sup>2</sup>
	Zdalne konsultacje psychologiczne	5 razy	5 razy <sup>2</sup>
	Zakupy z dostawą do domu	5 razy	5 razy <sup>1</sup>
	Zdalne wsparcie IT	2 razy	2 razy <sup>1</sup>
	Test na obecność choroby pandemicznej	-	1 raz <sup>3</sup>
	Izolacja w warunkach domowych	-	1 raz/1000 pln <sup>1</sup>
	Tele-Wsparcie	Bez limitu	Bez limitu <sup>2</sup>
	Opieka nad dziećmi lub osobami starszymi	5 dni	5 dni <sup>1</sup>
	Transport medyczny	1 raz	1 raz <sup>1</sup>
Opieka poszpitalna	Transport medyczny	1 raz	2 razy <sup>1</sup>
	Zakupy z dostawą do domu	3 razy	3 razy <sup>1</sup>
	Opieka nad dziećmi lub osobami starszymi	5 dni	5 dni <sup>1</sup>
	Rehabilitacja	-	1 raz/1000 pln <sup>1</sup>
	Zdalne konsultacje lekarskie	Bez limitu	Bez limitu <sup>2</sup>
	Zdalne konsultacje psychologiczne	Bez limitu	Bez limitu <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dotyczy Ubezpieczonego: Limit odpowiedzialności/brak Limitu odpowiedzialności dla Ubezpieczonego

<sup>2</sup> Dotyczy Ubezpieczonego lub Członków rodziny: Łączny Limit odpowiedzialności/brak Limitu odpowiedzialności dla Ubezpieczonego i Członków rodziny

<sup>3</sup> Dotyczy Ubezpieczonego lub Członków rodziny: Indywidualny Limit odpowiedzialności dla Ubezpieczonego i każdego Członka rodziny

6. W ramach pomocy Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu lub Członkom rodziny następujące Świadczenia assistance:

1) Pomoc profilaktyczna

Gdy w bliskim otoczeniu Ubezpieczonego odnotowany zostanie przypadek zachorowania na Chorobę pandemiczną, Ubezpieczonemu lub jego Członkom rodziny przysługują poniższe świadczenia:

a) rozpoznanie objawów - przeszkolony personel Centrum Alarmowego dokonana wstępnej oceny medycznej objawów zgłoszonych przez Ubezpieczonego lub jego Członka rodziny na podstawie przygotowanego zestawu pytań. W razie zagrożenia wystąpienia u Ubezpieczonego lub Członka rodziny

Choroby pandemicznej lub zastosowania Kwarantanny, Centrum Alarmowe prześle instrukcję postępowania oraz przedstawi odpowiednią ścieżkę pomocy.

- b) zdalne konsultacje lekarskie – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty konsultacji z Lekarzem pierwszego kontaktu w formie telefonicznej/ video konsultacji;
- c) zdalne konsultacje psychologiczne – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty konsultacji z Psychologiem w formie telefonicznej/ video konsultacji;
- d) infolinia dedykowana – przeszkolony personel Centrum Alarmowego udzieli informacji odnośnie wytycznych dotyczących Choroby pandemicznej lub Kwarantanny w tym udzieli odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania; prześle informacje odnośnie rekomendowanych działań prewencyjnych; dokona wstępnej oceny medycznej dla osób z symptomami chorobowymi oraz prześle instrukcje postępowania w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Informacje i odpowiedzi będą udzielane w oparciu o oficjalne informacje zamieszczane na stronie MSZ, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Światowej Organizacji Zdrowia oraz na stronach służb sanitarnych konkretnych państw na całym świecie. W miejscach, w których będą stwierdzone przypadki wystąpienia Choroby pandemicznej informacja o ich wystąpieniu oraz zaleceniach miejscowych władz będzie przekazywana Ubezpieczonemu lub Członkom rodziny na ich wniosek.

## 2) Pomoc w czasie Kwarantanny

W przypadku konieczności przebywania Ubezpieczonego w Kwarantannie, Ubezpieczonemu lub Członkom rodziny przysługują poniższe świadczenia:

- a) zdalne konsultacje lekarskie – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty konsultacji z Lekarzem pierwszego kontaktu w formie telefonicznej/ video konsultacji;
- b) zdalne konsultacje psychologiczne – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty konsultacji z Psychologiem w formie telefonicznej/ video konsultacji;
- c) zakupy z dostawą do domu - Centrum Alarmowe dokona zakupów pierwszej potrzeby oraz dostarczy je do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego; koszty zakupów ponosi Ubezpieczony. Przez zakupy pierwszej potrzeby rozumiemy artykuły spożywcze, chemiczne (papier toaletowy, mydło, chusteczki higieniczne itp.) oraz leki przepisane przez lekarza;
- d) zdalne wsparcie IT – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty konsultacji ze specjalistą IT w przypadku problemów technicznych sprzętu komputerowego będącego w posiadaniu Ubezpieczonego;
- e) test na obecność choroby pandemicznej – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty Testów na obecność choroby pandemicznej dla Ubezpieczonego lub Członków rodziny;
- f) tele wsparcie – bieżący kontakt z Ubezpieczonym w kwestiach jego samopoczucia czy też potrzeb. Centrum Alarmowe w zależności od potrzeb osoby Ubezpieczonej kontaktuje się minimum raz na 24h;
- g) izolacja w warunkach domowych – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty izolacji w warunkach domowych w sytuacji braku możliwości odosobnienia Ubezpieczonego w jego miejscu zamieszkania;
- h) Opieka nad dziećmi lub osobami starszymi – Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty opieki nad Osobami bliskimi, będącymi pod opieką Ubezpieczonego;
- i) transport medyczny - Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do placówki medycznej lub z placówki medycznej do miejsca zamieszkania. O zasadności transportu medycznego decyduje lekarz Centrum Alarmowego, z zakresu świadczeń wyłączone są usługi pogotowia ratunkowego

## 3) Opieka szpitalna

W przypadku co najmniej 7 dniowego Pobytu w szpitalu Ubezpieczonemu lub Członkom rodziny przysługują poniższe świadczenia:

- a) zdalne konsultacje lekarskie – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty konsultacji z lekarzem pierwszego kontaktu w formie telefonicznej/ wideo konsultacji;
- b) zdalne konsultacje psychologiczne – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty konsultacji z Psychologiem w formie telefonicznej/ video konsultacji;
- c) transport medyczny – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do placówki medycznej lub z placówki medycznej do miejsca zamieszkania. O zasadności transportu medycznego decyduje lekarz Centrum Alarmowego, z zakresu świadczeń wyłączone są usługi pogotowia ratunkowego;
- d) opieka nad dziećmi / osobami starszymi – Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty opieki nad Osobami bliskimi, będącymi pod opieką Ubezpieczonego;
- e) zakupy z dostawą do domu – Centrum Alarmowe dokona zakupów pierwszej potrzeby oraz dostarczy je do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty zakupów ponosi Ubezpieczony. Przez zakupy

- pierwszej potrzeby rozumiemy artykuły spożywcze, chemiczne (papier toaletowy, mydło, chusteczki higieniczne itp.) oraz leki przepisane przez lekarza;
- f) rehabilitacja – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza, na podstawie dokumentacji medycznej, Ubezpieczony wymaga rehabilitacji, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa do wysokości ustalonego Limitu odpowiedzialności koszty wizyty fizyoterapeuty w miejscu zamieszkania lub organizuje i pokrywa do wysokości ustalonego Limitu odpowiedzialności koszty transportu Ubezpieczonego oraz wizyty w poradni rehabilitacyjnej.
7. Świadczenia assistance, o których mowa w ust. 6 pkt 3 będą dostępne dla Ubezpieczonego przez 14 kolejnych dni po wypisie ze Szpitala, licząc od dnia zgłoszenia roszczenia do Centrum Alarmowego.
8. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły na terenie RP nie wcześniej niż 3 dni po przystąpieniu do ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych OWU.

## WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

### § 4

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
  - a) zdarzeń oraz ich następstw, do których doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
  - b) winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, chyba że pokrycie kosztów usług odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
  - c) lekarzy, personelu pielęgniarskiego oraz osób innych zawodów medycznych zatrudnionych w placówkach opieki medycznej (podmiotach medycznych), jak również służb porządkowych.
2. Z zakresu wyłączone są także koszty :
  - a) usług assistance (Pomoc profilaktyczna; Pomoc w czasie kwarantanny, Opieka poszpitalna) poniesionych przez Ubezpieczonego bez zgody Ubezpieczyciela, chyba że skontaktowanie się z Ubezpieczycielem było niemożliwe. Jeżeli telefoniczne skontaktowanie się z Ubezpieczycielem było niemożliwe z przyczyn niezależnych od osoby zgłaszającej od dnia i usługi assistance zostały zorganizowane przez Ubezpieczonego we własnym zakresie, Ubezpieczony jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o tym fakcie w terminie 7 dni od dnia kiedy skontaktowanie z Ubezpieczycielem stało się możliwe;
  - b) usług poniesionych przez Ubezpieczonego we własnym zakresie w przypadku, gdy odmówił on dostępu do miejsca, w którym wystąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
  - a) grypy sezonowej, zakażeń HIV, zapalenia płuc o ile nie jest wywołane przez czynnik chorobotwórczy wywołujący chorobę pandemiczną, trądu,
  - b) chorób niezakaźnych (tj. Denga, malaria, chikungunya, zika),
  - c) chorób, przeciwko którym szczepienia są powszechnie dostępne,
  - d) osób cierpiących na niestabilną przewlekłą chorobę.

## OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

### § 5

1. Ubezpieczeniem mogą być objęte osoby, które:
  - a) są objęte ubezpieczeniem na życie na podstawie Umowy ubezpieczenia grupowego zawartej Ubezpieczającym,
  - b) wypełniły deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia i przekazały je Ubezpieczającemu.
2. W deklaracji przystąpienia Ubezpieczony wskazuje wybrany Zakres Świadczeń assistance.
3. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wskazanego w Certyfikacie, pod warunkiem opłacenia składki.
4. W każdą Rocznicę polisy Ubezpieczony ma prawo dokonać zmiany wybranego zakresu świadczeń.
5. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w przypadku:
  - a) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego,
  - b) rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy generalnej, nie wcześniej jednak niż z dniem najbliższej Rocznicy polisy,
  - c) wygaśnięcia ochrony z Umowy ubezpieczenia grupowego,
  - d) ukończenia przez Ubezpieczonego 75. roku życia,
  - e) dniu śmierci Ubezpieczonego.
6. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej następuje z pierwszym dniem Okresu rozliczeniowego następującego bezpośrednio po zajściu zdarzenia określonego w ust.5 pkt a) – c).



7. Jeśli Ubezpieczony ukończył 75 lat, to za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się dzień najbliższej Roczniczy polisy następującej po dniu ukończenia 75. roku życia.

## SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

### § 6

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki.
2. Wysokość, zasady określania oraz tryb i terminy płatności składki ubezpieczeniowej określone są w Umowie Generalnej.
3. Składka ustalana jest na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawierania Umowy Ubezpieczenia.
4. Składka płatna jest miesięcznie w terminie oraz na numer rachunku bankowego wskazany w Umowie Generalnej.
5. W przypadku opłacania składki przelewem bankowym lub przekazem pocztowym za datę wpływu składki na rachunek bankowy Ubezpieczyciela uznaje się datę uznania przez bank.

## POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA ASSISTANCE

### § 7

1. W przypadku konieczności skorzystania z świadczeń assistance Ubezpieczony jest zobowiązany:
  - 1) przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu: +48 (22) 264 51 65, dostępnym z telefonów stacjonarnych, komórkowych i z zagranicy,
  - 2) w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz dążyć do zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,
  - 3) przy zgłoszeniu szkody Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
    - a) numer PESEL/data urodzenia w przypadku obcokrajowców
    - b) imię i nazwisko,
    - c) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
    - d) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
    - e) inne informacje niezbędne konsultantowi Centrum Alarmowego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
2. Ubezpieczyciel nie pokrywa w całości lub części kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Centrum Alarmowego z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa, nawet jeśli są objęte ochroną ubezpieczeniową i mieszczą się w granicach i limitach odpowiedzialności określonych w niniejszych OWU, jeżeli brak zawiadomienia spowodował zwiększenie szkody lub uniemożliwił Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.
3. W przypadku odmowy udzielenia informacji przez Ubezpieczonego zgodnie z ust. 1 lub braku współpracy z obsługą Centrum Alarmowego, Centrum Alarmowe może odmówić organizacji świadczeń określonych w § 3 w całości lub części, jeśli naruszenie to uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W każdym przypadku powstania zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest:
  - 1) udzielić konsultantowi Centrum Alarmowego wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń,
  - 2) udzielić specjalistcie przysłanemu przez Centrum Alarmowe wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
  - 3) nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel innym osobom, lub gdy Centrum Alarmowe wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę,
  - 4) współdziałać z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.

## REFUNDACJE

### § 8

1. Jeżeli Ubezpieczony z powodów od niego niezależnych nie dopełnił obowiązków, o których mowa w § 7 oraz gdy poniósł koszty świadczeń, o których mowa w § 3 i chce zwrócić się o ich refundację, powinien zgłosić roszczenie do Centrum Alarmowego. Dokumentację należy przesłać na adres:

Europ Assistance Polska Sp. z o.o.  
Dział Likwidacji Szkód  
ul. Wołoska 5, budynek Taurus  
02-675 Warszawa  
refundacje@europ-assistance.pl

2. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia powinno zawierać:
  - 1) numer konta, na które powinna być zwrócona kwota poniesiona przez Ubezpieczonego,
  - 2) szczegółowy opis okoliczności, które sprawiły, że Ubezpieczony nie skontaktował się z Centrum Alarmowym,
  - 3) wszystkie faktury, rachunki, dowody wpłaty, które umożliwią określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego,
  - 4) dokumentacji medycznej lub administracyjnej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie Ubezpieczyciela zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Na żądanie Centrum Alarmowego lub Ubezpieczającego osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest do przedstawienia dokumentów, niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia albo wysokości świadczenia.

## **UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA**

### **§ 9**

Prawo do Świadczeń assistance przysługuje Ubezpieczonemu oraz w przypadku Zakresu świadczeń Rozszerzonego Członkom rodziny zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe, zgodnie z zasadami określonymi w § 3 ust.5.

## **REGRES UBEZPIECZENIOWY**

### **§ 10**

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem wypłaty świadczenia przez Ubezpieczyciela, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela, do wysokości zapłaconego świadczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Ubezpieczyciela, zrezygnuje lub zrezygnował z prawa dochodzenia roszczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa do zabezpieczenia roszczenia, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia do wysokości należnego roszczenia.
3. Nie przechodzi na Ubezpieczyciela roszczenie przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
4. Na żądanie Ubezpieczyciela, Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, udzielając informacji i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

## **REKLAMACJE**

### **§ 11**

1. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Autorité de contrôle prudentiel et de résolution oraz Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i uprawniony z umowy ubezpieczenia mają prawo do wniesienia reklamacji do Ubezpieczyciela. Reklamacja może być złożona:
  - 1) w formie pisemnej (przesyłką pocztową na adres Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości”),
  - 2) ustnie (telefonicznie pod numerem telefonu +(48) 22 205 75 80 albo osobiście),
  - 3) w formie elektronicznej (e-mailem pod adresem: quality@europ-assistance.pl)
3. Jeżeli Ubezpieczony nie zgadza się z ustaleniami Europ Assistance co do odmowy zaspokojenia roszczeń lub co do wysokości refundacji kosztów świadczeń, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania decyzji w tej sprawie zgłosić na piśmie listem poleconym żądanie ponownego rozpatrzenia sprawy przez Ubezpieczyciela.
4. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach reklamacja może być rozpatrzona w terminie dłuższym – w takim przypadku Ubezpieczyciel powiadomi osobę występującą z reklamacją o przyczynach opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia oraz przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji, przy czym nie może on przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

5. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi pocztą elektroniczną może nastąpić wyłącznie na wniosek składającego reklamację.
6. Językiem stosownym przy wzajemnych relacjach pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym i Ubezpieczycielem jest język polski.
7. Wprowadzenie do Umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od niniejszych Warunków Ubezpieczenia wymaga formy pisemnej i przyjęcia tych postanowień przez obie strony umowy pod rygorem nieważności. Różnicę pomiędzy treścią Umowy ubezpieczenia a Warunkami Ubezpieczenia Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku Ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego.
8. Ubezpieczony będący konsumentem ma prawo zwrócić się o rozwiązanie sporu wynikającego z umowy ubezpieczenia w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich do Rzecznika Finansowego - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, (informacje odnośnie organu administracji Rzecznika Finansowego są dostępne na stronie internetowej [www.rzf.gov.pl](http://www.rzf.gov.pl)) albo do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (informacje odnośnie Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego są dostępne na stronie internetowej [www.knf.gov.pl/regulacje/Sad\\_Polubowny](http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny)). Konsumenci mają dodatkowo możliwość wystąpienia o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
9. Dodatkowo Ubezpieczyciel informuje, iż w przypadku sporu na tle umowy ubezpieczenia ubezpieczający lub ubezpieczony, w oparciu o przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), może skorzystać z internetowego sposobu rozstrzygania sporów przy wykorzystaniu platformy ODR (Online Dispute Resolution) pod adresem <https://ec.europa.eu/consumers/odr/main/index.cfm?event=main.home.show&lng=PL>.

## WŁAŚCIWOŚĆ SĄDOWA

### § 12

Powództwo o roszczenie z umowy ubezpieczenia może zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 13

1. Pod rygorem nieważności, postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU, wymagają pisemnego ich potwierdzenia.
2. Zawiadomienia oraz oświadczenia Ubezpieczającego, dotyczące umowy ubezpieczenia, należy kierować pisemnie na adres siedziby Ubezpieczyciela.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
4. Niniejsze OWU obowiązują od dnia 26/10/2020 roku.

### PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:

1. Ubezpieczyciel - EUROP ASSISTANCE SA, spółka prawa francuskiego działająca w formie spółki akcyjnej „société anonyme”, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 46,926,941 €, zarejestrowana w Rejestrze Handlu i Spółek w Nanterre pod numerem 451 366 405, z siedzibą pod adresem 1 Promenade de la Bonnette - 92230 Gennevilliers, Francja, działającą zgodnie z francuskim kodeksem ubezpieczeń oraz działającą poprzez swój oddział w Irlandii tj. EUROP ASSISTANCE S.A. – Oddział w Irlandii, zarejestrowany w irlandzkim Rejestrze Przedsiębiorstw pod numerem 907 089, który posiada siedzibę pod adresem 4th Floor, 4-8 Eden Quay, Dublin 1, D01N5W8, Irlandia, jest administratorem danych osobowych Ubezpieczonych i będzie je przetwarzał wyłącznie w celu:
  - a) objęcia ochroną ubezpieczeniową i zarządzania ryzykiem,
  - b) likwidacji szkód ubezpieczeniowych,
  - c) zwalczania nadużyć.
2. Ubezpieczyciel, za pośrednictwem informatycznych systemów operacyjnych oraz formularzy papierowych, przetwarza wyłącznie dane osobowe, które są niezbędne do powyższych celów, to jest: Imię, Nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, nr telefonu, datę urodzenia, okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom Europ Assistance S.A. a także podmiotom, którymi Europ Assistance S.A. posługuje się przy świadczeniu usług objętych umową ubezpieczenia oraz organom nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym takim jak Komisja Nadzoru Finansowego, czy Rzecznik Finansowy.
4. Ubezpieczonemu, jako osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo: dostępu do własnych danych osobowych, sprostowania nieprawidłowych lub niepełnych danych osobowych, usunięcia danych osobowych, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wycofania zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych, sprzeciwu wobec przetwarzania przez Ubezpieczyciela danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego lub w innej sytuacji przewidzianej w przepisach prawa. Prawa powyższe można zrealizować poprzez zgłoszenie odpowiedniego wniosku na adres poczty elektronicznej [iod@europ-assistance.pl](mailto:iod@europ-assistance.pl).
5. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, <https://uodo.gov.pl/pl>.
6. Ubezpieczyciel będzie przechowywać dane osobowe do momentu wygaśnięcia roszczeń z umowy ubezpieczenia, a także przez okres wymagany przepisami powszechnie obowiązującego prawa (np. prawa podatkowego).