

Assistance medyczny

Spis treści

1. Regulamin Programu Assistance medyczny 1
2. Polityka prywatności..... 3
3. Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Assistance dla uczestników Programu Assistance organizowanego przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. 6

Organizator Programu

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

Ubezpieczyciel

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

Cel programu

3. Celem Programu Assistance medyczny (dalej: „Program”) jest umożliwienie jego Uczestnikom, w ramach ubezpieczenia grupowego, skorzystania ze świadczeń assistance realizowanych przez Ubezpieczyciela – za pośrednictwem Mondial Assistance sp. z o.o. (dalej: Centrum operacyjne).

4. Uczestnictwo w Programie jest bezpłatne.
5. Zakres świadczeń assistance obejmuje:
 - a) transport medyczny,
 - b) dostarczenie leków,
 - c) organizację procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt,
 - d) organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
 - e) organizację i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza,
 - f) organizację i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki
 - g) pomoc w przypadku utraty pracy (pakiet informacyjny, aktywne poszukiwanie pracy, pomoc psychologa po utracie pracy),
 - h) pomoc chorym dzieciom (organizacja prywatnych lekcji, organizację opieki),
 - i) zdrowotne usługi informacyjne:
 - j) infolinię „baby assistance”
 - k) infolinię „fitness assistance”
 - l) infolinię kulturalną.
6. Warunki korzystania ze świadczeń assistance wskazane są w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia Assistance.
7. Ochrona assistance w ramach Programu Assistance Medyczny trwa 12 miesięcy i może być przedłużona na kolejny okres 12 miesięcy.
8. Prawo do korzystania ze świadczeń assistance przysługuje również Dzieciom uczestnika Programu.

Przystąpienie do Programu

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

Wygaśnięcie prawa do świadczeń assistance

13. Prawo do świadczeń assistance w stosunku do danego Uczestnika wygasa:
 - a) z końcem ostatniego dnia okresu, o którym mowa w pkt 6;
 - b) z dniem, w którym Uczestnik przestanie spełniać warunki przystąpienia do Programu.
 - c) z dniem wygaśnięcia umowy grupowego ubezpieczenia assistance zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden i AWP P&C SA. Oddział w Polsce;w zależności od tego, które z tych zdarzeń wystąpi pierwsze.
14. O każdym przypadku wygaśnięcia prawa uczestnika Programu do korzystania ze świadczeń assistance z przyczyn wskazanych w pkt 12 pkt c) Uczestnik zostanie poinformowany w formie pisemnej.

Postanowienia końcowe

15. Organizator zastrzega sobie prawo do zmiany treści niniejszego Regulaminu oraz odwołania niniejszego Programu bez podania przyczyn, co nie będzie miało wpływu na prawa nabyte.
16. O wszelkich zmianach Regulaminu oraz o odwołaniu Programu Organizator poinformuje wszystkich uczestników Programu w formie pisemnej.
17. Do dokonania zmiany Regulaminu lub odwołania Programu nie jest wymagana zgoda uczestników Programu.

18. Wszelkie roszczenia związane z realizacją świadczeń w ramach ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 uczestnik programu zobowiązany jest zgłaszać bezpośrednio do AWP P&C SA. Oddział w Polsce ul. Domaniewska 50B w Warszawie.
19. Osoba objęta ochroną z tytułu kilku umów bądź zaproszeń może korzystać ze świadczeń assistance w ramach limitów wskazanych w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia Assistance. Świadczenia assistance w takim przypadku nie mogą być kumulowane.

Polityka prywatności

Zasady ochrony prywatności ubezpieczających i ubezpieczonych

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

1. Kim jest administrator danych?

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

2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

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

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

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

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

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel	Czy wyrażają Państwo zgodę?
Zarządzanie umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód)	Nie (z wyjątkiem sytuacji kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji kiedy nie są Państwo naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych, dlatego np. osoba zgłaszająca szkodę pytana jest o zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych).
W celu informowania Państwa, lub umożliwienia spółkom z Grupy AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami za pośrednictwem poczty elektronicznej lub telefonicznie, bądź w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie

Na cele określone powyżej, nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem sytuacji kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania

umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

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

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży. Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili tworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych. Przykładowo, im więcej dużych szkód miało miejsce w danym miejscu, które zamierzają Państwo odwiedzić, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa.

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

4. Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?

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

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

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i spółkom usługowym w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają

przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępniemy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

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

5. Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?

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

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

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

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

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze

(administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;

- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- uzyskania swoich danych osobowych w formacie elektronicznym na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych.

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

7. Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?

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

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

8. Jak długo przechowujemy dane osobowe?

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe 10 lat od daty ustania stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 10 letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń.

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

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

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

9. Jak można się z nami skontaktować?

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu wykorzystania przez nas Państwa danych osobowych, można się z nami skontaktować pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
Inspektor Ochrony Danych Osobowych
ul. Domaniewska 50B
02-672 Warszawa
E-mail: iodopl@mondial-assistance.pl

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

10. Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?

Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej dostępna była zawsze ich aktualna wersja www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx, a ponadto o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście. Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce 01.05.2018.

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASSISTANCE dla uczestników Programu Assistance organizowanego przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Assistance (dalej „OWU”) mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia assistance, zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (dalej „Nationale-Nederlanden”) a AGA International S.A. Oddział w Polsce (dalej „Ubezpieczyciel”), na podstawie której Ubezpieczyciel będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej osobom fizycznym, które przystąpiły do Programu Assistance.

DEFINICJE

§ 2

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

- Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ulicy Domaniewskiej 50B – podwykonawca Ubezpieczyciela realizujący świadczenia assistance wynikające z OWU;
 - Choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed objęciem ochroną ubezpieczeniową 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;
 - Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - Data wypowiedzenia umowy o pracę** – data wskazana w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy o pracę;
 - Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 22. roku życia;
 - Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
 - Nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała;
 - Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, które działają na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w ramach systemu opieki zdrowotnej, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - Okres ubezpieczenia** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w OWU, rozpoczynający się w stosunku do danego Ubezpieczonego w następnym dniu po zgłoszeniu do ubezpieczenia. Pierwszy okres ubezpieczenia trwa 12 (dwanaście) kolejno następujących po sobie miesięcy kalendarzowych. Jest on automatycznie, bez konieczności ponownego zgłaszania do ubezpieczenia, przedłużony o kolejne 12 miesięcy kalendarzowych, do dnia zgłoszenia przez Nationale-Nederlanden odstąpienia Ubezpieczonego od ubezpieczenia;
 - Pracodawca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczonym umowę o pracę;
 - Sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
 - Transport medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Centrum Operacyjne w sposób wskazany przez Lekarza uprawnionego, dostosowany do stanu zdrowia i świadczony, jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego nie zagraża życiu i nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
 - Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do Programu Assistance i została zgłoszona do ubezpieczenia przez Nationale-Nederlanden;
 - Umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na rzecz osób trzecich zawarta pomiędzy Nationale-Nederlanden a Ubezpieczycielem;
 - Program Assistance** – program organizowany przez Ubezpieczającego, polegający na umożliwieniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia;
 - Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na podstawie Umowy ubezpieczenia polegające na:
 - wystąpieniu u Ubezpieczonego nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt 7);
 - doznaniu przez Ubezpieczonego obrażeń ciała, będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w pkt 8);
 - utracie pracy przez Ubezpieczonego, tj. otrzymaniu oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę, z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy (w szczególności: ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych).
- Zakres ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje:
 - świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia następującego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - nagłego zachorowania Ubezpieczonego; definicja w § 2 pkt 7);
 - doznania przez Ubezpieczonego obrażeń ciała, będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w § 2 pkt 8);
 - utraty pracy przez Ubezpieczonego, tj. otrzymania oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym, z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;
 - świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Dziecku;
 - zdrowotne usługi informacyjne;
 - Infolinię „baby assistance”;
 - Infolinię „fitness assistance”;
 - Infolinię kulturalną.
 - W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 1) ppkt a), b) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
 - transport medyczny z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej** wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - transport medyczny z placówki medycznej do placówki pobytu** w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej** w przypadku gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza** – w sytuacji gdy Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, według zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymaga leżenia, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 300 złotych, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - organizacja procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, Ubezpieczyciel zapewnia: zorganizowanie wizyt rehabilitanta w miejscu pobytu albo zorganizowanie wizyt w poradni rehabilitacyjnej oraz pokrycie kosztów rehabilitanta do łącznej kwoty 700 złotych do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu, Ubezpieczyciel zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny. Ubezpieczyciel:
 - organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 300 złotych, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 500 złotych, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 1) ppkt a) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów poniższej usługi:
 - wizyta lekarska** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Świadczenie jest organizowane, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego, maksymalnie do 4 razy w ciągu roku, w odniesieniu do Ubezpieczonego.
 - W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 1) ppkt b) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów poniższych usług:
 - wizyta pielęgniarki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
 - wizyta lekarska** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego.
 - W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 1) ppkt c) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp oraz organizację i pokrycie kosztów poniższych usług:
 - pakiet informacyjny** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym, z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysłała do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający instrukcje dotyczące pisania:

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego w zakresie określonym w OWU.
- Ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy ubezpieczenia jedynie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

How can we help?

AGA International SA Oddział w Polsce zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000189340; NIP 107-00-00-164; Kapitał zakładowy spółki macierzystej 16.812.500 EUR wpłacony w całości; Siedziba: Polska, woj. mazowieckie, powiat: m. st. Warszawa, 02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 50B

- a) CV oraz wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV);
 b) listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego;
 c) biznes planu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznes planu.
- 2) **informacja telefoniczna** – Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowej, telefonicznej informacji o:
 a) tym kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;
 b) tym komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
 c) prawach i obowiązkach bezrobotnych;
 d) rejestracji w urzędzie pracy;
 e) tym komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
 f) sposobie ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
 g) innych formach pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
 h) danych teleadresowych biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 i) danych teleadresowych biur pośrednictwa pracy, oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 j) dokumentach i procedurach, koniecznych do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej;
- 3) **aktywne poszukiwanie pracy** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego, bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy, biura pośrednictwa lub Ubezpieczyciel niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym, przez okres 6 miesięcy, liczony od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) **pomoc psychologa po utracie pracy** – Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 zł. Termin i miejsce wizyty uzgadnia Ubezpieczyciel z Ubezpieczonym. Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczonego świadczy poprzez Centrum Operacyjne usługi informacyjne, dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego, przez okres 6 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Warunkiem uzyskania świadczeń wymienionych w ust. 7 pkt 1), 2), 3), 4) jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 3 pkt 1) ppkt c), potwierdzonego oświadczeniem dokumentującym wypowiedzenie umowy o pracę z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy z zachowaniem postanowień § 3.
8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 2) Ubezpieczyciel gwarantuje Dzieciom:
 1) **organizację prywatnych lekcji** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, Dziecko będzie musiało przebywać w domu powyżej 10 dni, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania Dziecka do łącznej kwoty 500 zł, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 2) **organizację opieki** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, Dziecko będzie musiało przebywać w domu powyżej 10 dni, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów opieki nad dzieckiem w miejscu zamieszkania Dziecka do łącznej kwoty 500 zł, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. O celowości organizacji świadczeń i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 4, 5, 6, 7, 8, decyduje Lekarz uprawniony.
10. Usługi wymienione w ust. 4, 5, 6, 7, 8 świadczone są do łącznej kwoty 2000 złotych, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem iż limity kwotowe, o których mowa w ust. 4 pkt 4 i 6, ust. 7 pkt 4 oraz ust. 8, zawierają się w tej sumie. Limit kwotowy może być wykorzystywany wielokrotnie, pod warunkiem że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
11. Jeżeli usługa, gwarantowana w ramach świadczeń wynikających z ubezpieczenia, przekroczy limit kosztów określony w OWU, może być ona wykonana przez Ubezpieczyciela, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Ubezpieczyciela limitem.
12. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 3) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu:
 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 5) informacje medyczne, także o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania.
13. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 4) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:
 1) objawach ciąży;
 2) badaniach prenatalnych;
 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
 4) szkołach rodzenia;
- 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
 6) karmieniu i pielęgnacji noworodka;
 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci.
14. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 5) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:
 1) uwarunkowaniach zdrowotnych i przeciwwskazaniach w uprawianiu konkretnej dyscypliny sportu;
 2) różnorodnych formach aktywności ruchowej i związanych z tym uwarunkowań dla kobiet w ciąży;
 3) rodzajach diet, nawykach żywieniowych, błędach żywieniowych, pomocy w zrozumieniu procesów i reakcji zachodzących w organizmie;
 4) klubach sportowych, salonach kosmetycznych, salonach SPA i basenach w najbliższej okolicy;
 5) imprezach i wydarzeniach sportowych, odbywających się w kraju lub zagranicą.
15. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 6) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:
 1) imprezach muzycznych, koncertach, seansach filmowych, imprezach teatralnych, imprezach plenerowych, wystawach i innych wydarzeniach kulturalnych, odbywających się w najbliższej okolicy;
 2) cenach biletów na wydarzenia kulturalne i ich dostępności;
 3) wolnych miejscach noclegowych w danym mieście;
 4) dogodnych sposobach komunikacji w danym mieście.
16. Informacje, o których mowa w ust. 12, 13 i 14 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec Lekarza uprawnionego oraz Ubezpieczyciela.
17. Centrum Operacyjne zorganizuje świadczenia, o których mowa w ust. 4, 5, 6, 7, 8, w czasie nieprzekraczającym 2 dni roboczych od momentu przyjęcia zgłoszenia, po dokonaniu pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej oraz otrzymaniu od Ubezpieczonego niezbędnych dokumentów, faktur, recept, jeśli organizacja świadczenia tego wymaga.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 a) zdarzeń i następstw zdarzeń, które miały miejsce poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 b) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie zwraca:
 1) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;
 2) kosztów zakupu leków (odpowiedzialnością nieobjęte są braki w asortymencie leków w aptekach);
 3) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (odpowiedzialnością nieobjęte są braki w asortymencie);
 4) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii zorganizowanej zarówno bez uzgodnienia, jak i po uzgodnieniu z Centrum Operacyjnym, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
 b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 c) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
 d) chorób psychicznych;
 e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu karnego;
 f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizmu, baloniarstwa, lotniarstwa, lotnictwa, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie, spadochroniarstwa, speleologii, sportów motorowodnych, szymbownictwa, wyścigów samochodowych i motocyklowych;
 g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii, zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 h) poddania się Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 k) chorób przewlekłych;
 l) rażącego niedbaństwa Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub brak możliwości wykonania świadczeń, jeśli spowodowane są one czynnikami niezależnymi od Ubezpieczyciela, to jest: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, szczególnymi okolicznościami, a także ograniczeniami w poruszaniu się (wprowadzonymi decyzją władz administracyjnych).
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe osób niezgłoszonych do Programu Assistance przez Nationale-Nederlanden.

How can we help?

AGA International SA Oddział w Polsce zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000189340; NIP 107-00-00-164; Kapitał zakładowy spółki macierzystej 16.812.500 EUR wpłacony w całości; Siedziba: Polska, woj. mazowieckie, powiat: m. st. Warszawa, 02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 50B

ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 5

1. W razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie zgłosić się telefonicznie pod numer telefonu w Warszawie: 0 22 563 11 90 do Centrum Operacyjnego i podać następujące informacje:
 - 1) status osoby zgłaszającej;
 - 2) PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 4) miejsce pobytu osoby zgłaszającej;
 - 5) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą;
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
 - 7) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Operacyjnego do realizacji świadczeń assistance.
2. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
3. W przypadku niezastosowania się Ubezpieczonego do postanowień ust. 1 i 2 Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zwrotu w całości lub w części kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, nawet jeśli mieszczą się one w limitach.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

§ 6

W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony zobowiązany jest, poza zgłoszeniem do Centrum Operacyjnego, użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia skutków zdarzeń. Jeżeli Ubezpieczony dopuści się rażącego niedbalstwa w wykonaniu powyższych obowiązków, Ubezpieczyciel może odmówić realizacji usługi assistance w całości albo w części, chyba że wykonanie całości lub części tej usługi odpowiada w danych okolicznościach zasadom współzycia społecznego bądź względem słuszności.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7

1. W przypadku gdy z jakichkolwiek powodów, a w szczególności z uwagi na zmianę przepisów prawa bądź z uwagi na interpretację tych przepisów przez organy państwowe, Centrum Operacyjne nie będzie mogło wykonać świadczeń assistance opisanych w OWU, świadczenia te zostaną wykonywane w taki sposób, że:
 - a) Ubezpieczyciel zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz Ubezpieczonego odszkodowania w wysokości równej poniesionym przez niego kosztom usług odpowiadających świadczeniom assistance, określonym w niniejszych OWU, albo
 - b) stosowne odszkodowania będą wypłacane przez Ubezpieczyciela bezpośrednio podmiotom, które wykonają na rzecz Ubezpieczonego usługi odpowiadające świadczeniom assistance określonym w niniejszych OWU, co będzie zwalniało Ubezpieczonego z obowiązku zapłaty za usługi świadczone przez te Placówki Medyczne.
2. Warunkiem wypłaty odszkodowania jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 pkt 17.

§ 8

1. Z dniem realizacji przez Ubezpieczyciela świadczenia assistance, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, powstałą w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby, przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wykonanego świadczenia assistance.
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. W kwestiach nieuregulowanych niniejszymi Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Assistance mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy można wytoczyć przed sądem właściwym według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla siedziby Nationale-Nederlanden albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

5. Skargi lub zażalenia związane z wykonywaniem Umowy, Ubezpieczony może zgłaszać pisemnie do Mondial Assistance Sp. z o.o., ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, fax.: 0 22 522 25 20, w ciągu 30 dni od wystąpienia zdarzenia będącego przyczyną skargi. Skarga zostanie rozpatrzona w ciągu 14 dni od pisemnego złożenia jej do Działu Jakości.
6. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Assistance przyjęte zostały Uchwałą Dyrekcji Generalnej AGA International S.A. Oddział w Polsce, nr Uchwały U/011/2011, z dnia 29 marca 2011 r. i wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r.



Tomasz Frączek
Dyrektor Oddziału



Agnieszka Walczak-Kuc
Z-ca Dyrektora Oddziału

How can we help?

AGA International SA Oddział w Polsce zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000189340; NIP 107-00-00-164; Kapitał zakładowy spółki macierzystej 16.812.500 EUR wpłacony w całości; Siedziba: Polska, woj. mazowieckie, powiat: m. st. Warszawa, 02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 50B