

# Program Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia

## Spis treści

1. Regulamin Programu Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia.....1
2. Ogólne warunki ubezpieczenia assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia.....3
3. Polityka prywatności.....14

## Organizator Programu

1. Organizatorem Programu Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia, zwanego dalej „Programem” jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa, zarejestrowane w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000028131, kapitał zakładowy 59 460 000 zł, wpłacony w całości; NIP 526-030-50-06, zwanego dalej: „Nationale-Nederlanden”.

## Ubezpieczyciel

2. Ubezpieczycielem w ramach Programu jest spółka pod firmą AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 0000189340, NIP 1070000164, REGON 015647690, o kapitale zakładowym spółki macierzystej 18 510 562,50 EUR, wpłaconym w całości, na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L’Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.

## Cel Programu

3. Celem Programu jest umożliwienie jego Uczestnikom przystąpienia do grupowego ubezpieczenia Assistance i skorzystania ze świadczeń dostarczanych przez Ubezpieczyciela.
4. Przedmiotem ubezpieczenia Assistance jest organizacja i pokrycie kosztów pomocy udzielonej Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela w przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego opisanego w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia.
5. Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej w razie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego – organizację i pokrycie kosztów niżej wskazanych świadczeń:
  - a) zabiegi rehabilitacyjne,
  - b) wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego,
  - c) wizyty u lekarzy specjalistów lub u psychologa,
  - d) transport medyczny,
  - e) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego,
  - f) dostarczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego sprzętu rehabilitacyjnego,
  - g) dostarczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz montaż sprzętu ułatwiającego poruszanie się,
  - h) wizyty u lekarza pierwszego kontaktu w placówce medycznej,
  - i) badania specjalistyczne,
  - j) badania laboratoryjne,
  - k) pomoc domową,
  - l) dostarczenie leków,
  - m) dostarczenie posiłków lub artykułów żywnościowych,
  - n) opiekę nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego,
  - o) dostęp do infolinii medycznej.

6. Warunki korzystania ze świadczeń assistance wskazane są w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia, które zamieszczone są na stronie [www.nn.pl](http://www.nn.pl) oraz przekazywane Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego przed objęciem ochroną z tytułu grupowego ubezpieczenia Assistance.
7. Uczestnictwo w Programie jest bezpłatne.

### **Przystąpienie do Programu**

8. Uczestnikami Programu mogą być wyłącznie Ubezpieczeni objęci ochroną z tytułu Umowy dodatkowej – pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW.
9. Program w stosunku do każdego Ubezpieczonego trwa przez czas trwania Umowy dodatkowej – pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW z tym, że w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenia assistance będą realizowane przez okres do 6 lat od zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że wcześniej zostaną wyczerpane limity wskazane w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia, ale nie krócej niż do dnia przedawnienia roszczeń Ubezpieczonego.
10. Przystąpienie do Programu jest równoznaczne z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia i następuje poprzez złożenie deklaracji przystąpienia do Programu na wniosku o ubezpieczenie.
11. Warunkiem uczestnictwa w Programie jest złożenie oświadczenia obejmującego zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową przez 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. W związku z powyższym, Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. przekaze AWP P&C S.A. Oddział w Polsce dane osobowe Ubezpieczonego w celu i zakresie niezbędnym do zgłoszenia do ubezpieczenia i realizacji świadczeń z tytułu ubezpieczenia Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia.
12. Przystąpienie do Programu będzie oznaczało, że Uczestnik zapoznał się z postanowieniami niniejszego Regulaminu oraz Ogólnymi warunkami ubezpieczenia Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia i zaakceptował je.
13. Uczestnik Programu zostanie objęty ochroną assistance z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy dodatkowej – pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW.

### **Wygaśnięcie prawa do świadczeń assistance**

14. Prawo do świadczeń assistance w stosunku do danego Uczestnika Programu wygasa:
  - a) w przypadkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia § 8, pkt.7,
  - b) z dniem zakończenia Programu.

### **Postanowienia końcowe**

15. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem 7 października 2024 r.
16. Osoba objęta ochroną z tytułu kilku Umów dodatkowych – pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW, może korzystać ze świadczeń assistance w ramach limitów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia. Świadczenia assistance w takim przypadku są kumulowane.
17. Wszelkie roszczenia związane z realizacją świadczeń assistance w ramach ubezpieczenia, o którym mowa w pkt 4 i 5 Uczestnik programu zobowiązany jest zgłaszać bezpośrednio do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa, numer telefonu +48 22 563 12 93.

# Ubezpieczenie „Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia”

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce

Produkt: OWU „ASSISTANCE W RAZIE POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA”

Niniejszy dokument zawiera opis najważniejszych informacji na temat produktu OWU „ASSISTANCE W RAZIE POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA” – nie uwzględniono w nim specyficznych wymagań i potrzeb danego klienta. Pełne informacje niezbędne przed zawarciem umowy oraz informacje o samej umowie zamieszczone są w dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia.

## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dział II (pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe), grupa 1 i 2 zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Ubezpieczenie „Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia” zapewnia ubezpieczonemu realizację świadczeń w przypadku jego Niesamodzielnosci całkowitej lub Niesamodzielnosci częściowej, których przyczyną jest Choroba lub Nieszczęśliwy Wypadek.



### Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego w zakresie ryzyka wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Niesamodzielnosci całkowitej lub Niesamodzielnosci częściowej, których przyczyną jest Choroba lub NW.
- ✓ Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów usług medycznych i opiekuńczych, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- ✓ Limity ilościowe oraz kwotowe świadczeń, określają maksymalną ilość bądź wartość świadczeń do wykorzystania na Zdarzenie ubezpieczeniowe, które miało miejsce w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.



### Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Zdarzeń ubezpieczeniowych, które nie miały miejsca w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.



### Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczyciel nie zorganizuje i nie pokryje kosztów usług medycznych i opiekuńczych, jeżeli Choroba lub NW, które są przyczyną stwierdzenia u Ubezpieczonego Niesamodzielnosci całkowitej lub Niesamodzielnosci częściowej są spowodowane lub miały miejsce w następnym:

- ! popełnienia przez Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
- ! próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- ! pozostawiania przez Ubezpieczonego:
  - a) w stanie po spożyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
  - b) pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub
  - c) pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- ! prowadzenia przez Ubezpieczonego Środka lokomocji, jeśli:
  - a) nie posiada uprawnień do prowadzenia tego Środka lokomocji lub



- b) pojazd lub inny środek lokomocji nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa.

Ubezpieczyciel nie zorganizuje i nie pokryje kosztów usług medycznych i opiekuńczych, jeżeli Niesamodzielnosc całkowita lub Niesamodzielnosc czesciowa, jest nastepstwem:

- ! Choroby psychicznej, z wyjatkiem otępienia w chorobie Alzheimera,
- ! Choroby będucej skutkiem spozywania alkoholu takiej jak: choroby watroby, choroby trzustki, choroby zoladka, padaczka, kardiomiopatia, encefalopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienia ukladu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.



## Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową niezależnie od miejsca wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem, że Świadczenia realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.



## Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu), zobowiązany jest:

- skontaktować się z Ubezpieczycielem, podając: imię i nazwisko, numer polisy, numer telefonu oraz rodzaj świadczenia, o które wnioskuje,
- podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem, w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności i przyczyn Zdarzenia Ubezpieczeniowego, w tym udzielić wszelkich wyjaśnień o stanie sprawy, a także przesłać dokumenty na żądanie Ubezpieczyciela.



## Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę ubezpieczeniową za każdego Ubezpieczonego, uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie Grupowego Ubezpieczenia.



## Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej - pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW, pod warunkiem zawarcia ww. umowy oraz opłacenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej.

Okres ochrony ubezpieczeniowej zostaje przedłużony na kolejny Okres ochrony ubezpieczeniowej, o ile Ubezpieczający nie zgłosi wystąpienia Ubezpieczonego z ubezpieczenia.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:

- z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy Grupowego Ubezpieczenia,
- z końcem Okresu ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku rozwiązania Umowy Grupowego Ubezpieczenia,
- z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy dodatkowej - pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW na warunkach w niej określonych,
- w dniu śmierci Ubezpieczonego.



## Jak rozwiązać umowę?

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

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Grupowego Ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy Grupowego Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

**Informacje dotyczące:**

Umowa dodatkowa – Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia

<b>Informacje zawarte w OWU</b>	<b>Nr artykułu OWU</b>
1. Przesłanki realizacji świadczenia.	§ 2, § 3, § 4, § 5, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy realizacji świadczeń.	§ 2, § 3, § 4, § 5, § 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki ubezpieczenia Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia

## § 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Assistance w razie pogorszenia się stanu zdrowia” (dalej: „OWU”) mają zastosowanie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia assistance, zawartej przez i pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (dalej: „Ubezpieczyciel”) a Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (dalej: „Ubezpieczający”), na rzecz klientów Nationale-Nederlanden, tj. ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu Umowy dodatkowej – pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW.
2. Pojęcia pisane wielką literą, należy rozumieć zgodnie ze znaczeniem nadanym im w § 2 OWU.

## § 2. DEFINICJE

1. **Badania laboratoryjne** to badania laboratoryjne obejmujące:
  - 1) morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi),
  - 2) morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów,
  - 3) morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów,
  - 4) morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie,
  - 5) szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); nieautomatycznie,
  - 6) szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); automatycznie.
2. **Badania specjalistyczne** to badania specjalistyczne obejmujące:
  - 1) EKG,
  - 2) holter,
  - 3) RTG,
  - 4) USG,
  - 5) rezonans magnetyczny (MRI),
  - 6) tomografia komputerowa (CT),
  - 7) pozytonowa tomografia emisyjna (PET).
3. **Choroba** to zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
4. **Choroba psychiczna** to choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (ICD-10 Rozdział V, ICD-11).
5. **Dzień roboczy** to dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w Rzeczypospolitej Polskiej.
6. **Karta oceny pacjenta wg Skali Barthel** to dokument, który potwierdza przeprowadzenie oceny pacjenta zgodnie z Oceną świadczeniobiorcy wg skali Barthel, wskazaną w Załączniku nr 2 lub Załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
7. **Lekarz pierwszego kontaktu** to Lekarz internista, Lekarz specjalista medycyny rodzinnej, Lekarz pediatra.
8. **Lekarz prowadzący** to Lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego.
9. **Lekarz specjalista** to: alergolog, chirurg, dermatolog, diabetolog, dietetyk, endokrynolog, gastrolog, gastroenterolog, geriatra, ginekolog, hematolog, hepatolog, kardiolog, kardiochirurg, laryngolog, lekarza rehabilitacji, logopeda, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, pulmonolog, psychiatra, rehabilitant, reumatolog, urolog.
10. **Niesamodzielność całkowita** to stan zdrowia Ubezpieczonego, gdy zgodnie z oceną przeprowadzoną przez Lekarza i Pielęgniarkę i potwierdzoną na Karcie oceny pacjenta wg Skali Barthel, Ubezpieczony uzyskał od 0 do 40 punktów włącznie oraz:
  - 1) uzyskał skierowanie na pobyt w Zakładzie opiekuńczym lub do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową, lub
  - 2) stan ten trwa nieprzerwanie od 6 miesięcy lub
  - 3) zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje on poprawy, co zostanie potwierdzone w dokumentacji medycznej lub w razie wątpliwości czy Świadczenie jest należne, przez lekarza orzecznika.

11. **Niesamodzielnosc częściowa** to stan zdrowia Ubezpieczonego, gdy zgodnie z oceną przeprowadzoną przez Lekarza i potwierdzoną na Karcie oceny pacjenta wg Skali Barthel, Ubezpieczony uzyskał od 41 do 60 punktów włącznie oraz:
  - 1) stan ten trwa nieprzerwanie od 6 miesięcy lub
  - 2) zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje on poprawy, co zostanie potwierdzone w dokumentacji medycznej lub w razie wątpliwości czy Świadczenie jest należne, przez lekarza orzecznika.
12. **Nieszczęśliwy wypadek (NW)** to nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które:
  - 1) jest niezależne od woli Ubezpieczonego oraz
  - 2) nastąpiło w czasie, gdy obowiązywała Umowa Dodatkowa oraz
  - 3) spowodowało obrażenie ciała, które jest przyczyną stwierdzenia u Ubezpieczonego Niesamodzielnosci całkowitej lub Niesamodzielnosci częściowej.

Za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
13. **Okres ochrony ubezpieczeniowej** to 12 miesięczny okres, na jaki udzielono ochrony w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia rozpoczynający się z dniem objęcia Ubezpieczonego przez Nationale-Nederlanden ochroną w ramach Umowy Dodatkowej. Okres ochrony ubezpieczeniowej jest automatycznie przedłużany, bez konieczności ponownego zgłaszania Ubezpieczonego do ubezpieczenia, na kolejne okresy ubezpieczenia, trwające 12 miesięcy kalendarzowych.
14. **Pielęgniarka** to osoba, która posiada prawo wykonywania zawodu stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych oraz osoba, która może wykonywać zawód pielęgniarki zgodnie z Ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej. Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
15. **Placówka medyczna** to Szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
16. **Skala Barthel** to międzynarodowe narzędzie ankietowe, które służy do oceny stopnia samodzielności pacjenta w przedziale od 0 do 100 punktów i które jest zgodne z Załącznikiem nr 2 lub Załącznikiem nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Skala Barthel odnosi się do 10 podstawowych czynności życiowych. Człowiek zdrowy te czynności powinien wykonywać sam, chory zaś potrzebuje przy ich realizacji częściowej lub całkowitej pomocy.
17. **Sprzęt rehabilitacyjny** to sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający lub ułatwiający choremu samodzielne funkcjonowanie.
18. **Szpital** to podmiot leczniczy, świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa dotyczących funkcjonowania placówek medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Pojęcie to nie obejmuje domów opieki, hospicjów, zakładów opiekuńczo-leczniczych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, szpitali sanatoryjnych, szpitali rehabilitacyjnych.
19. **Środek lokomocji** to:
  - 1) zdefiniowany w przepisach prawa o ruchu drogowym pojazd, w tym pojazd silnikowy, pojazd szynowy, motorower, rower, rower elektryczny, hulajnoga elektryczna, wózek inwalidzki, czterokołowiec (quad),
  - 2) zdefiniowane w przepisach prawa o ruchu drogowym urządzenie wspomagające ruch, w tym hulajnoga,
  - 3) samolot pasażerski licencjonowanych linii lotniczych w czasie regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego,
  - 4) pasażerski statek wodny.
20. **Świadczenie** to usługa medyczna lub opiekuńcza, którą zorganizujemy i której koszty pokryjemy w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, określona w § 3 ust. 3.
21. **Transport medyczny** to transport realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia środkiem transportu, zapewniony przez Ubezpieczyciela.
22. **Ubezpieczający** lub **Nationale-Nederlanden** to spółka pod nazwą Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-342) przy ul. Topiel 12; zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000028131, kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.
23. **Ubezpieczony** to zgłoszona do Umowy Grupowego Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
24. **Ubezpieczyciel** to spółka pod firmą AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-673) przy ulicy Konstruktorskiej 12; zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000189340, działający na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France, kapitał zakładowy spółki macierzystej w wysokości 18 510 562,50 EUR, wpłacony w całości.
25. **Umowa Dodatkowa** to zawarta z Nationale-Nederlanden Umowa dodatkowa – pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku choroby lub NW, oznaczona kodem TE12.
26. **Umowa Grupowego Ubezpieczenia** to umowa grupowego ubezpieczenia, do której mają zastosowanie niniejsze OWU, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych.
27. **Zakłady opiekuńcze** to zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799).



28. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to **Niesamodzielnosc całkowita** lub **Niesamodzielnosc częściowa**, których przyczyną jest Choroba lub NW.

### § 3. ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe:
  - 1) Niesamodzielnosc całkowita oraz
  - 2) Niesamodzielnosc częściowa,które wystąpiły w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i których przyczyną była Choroba lub NW.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego w zakresie ryzyka wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową niezależnie od miejsca wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem, że Świadczenia realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów usług medycznych i opiekuńczych, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela tj.:
  - 1) zabiegi rehabilitacyjne w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego, jeżeli zgodnie z pisemnym wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego;
  - 2) wizyty Pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego, jeżeli w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc Pielęgniarki, zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu Pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że dodatkowe koszty opieki pielęgniarskiej, koszty zakupu leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej pokrywa Ubezpieczony;
  - 3) wizyty u Lekarzy specjalistów lub wizyty u psychologa, jeżeli w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc Lekarza specjalisty lub psychologa;
  - 4) Transport medyczny organizowany do Placówki medycznej wskazanej przez Lekarza prowadzącego, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w Placówce medycznej oraz Transport medyczny z Placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi, gdy Placówka medyczna nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego lub gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej;
  - 5) wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego;
  - 6) dostarczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego Sprzętu rehabilitacyjnego;
  - 7) dostarczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz montaż sprzętu ułatwiającego poruszanie się (w szczególności poręczy i uchwytów), gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony ma problemy z poruszaniem się (bez pokrywania kosztów zakupu ww. sprzętu);
  - 8) wizyty u Lekarza pierwszego kontaktu w Placówce medycznej – jeżeli w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc Lekarza pierwszego kontaktu, z zastrzeżeniem, że koszty zakupu leków i środków medycznych związanych z wizytą Lekarza pierwszego kontaktu pokrywa Ubezpieczony;
  - 9) Badania specjalistyczne – jeżeli zgodnie z pisemnym wskazaniem Lekarza prowadzącego wymagane są Badania specjalistyczne Ubezpieczonego;
  - 10) Badania laboratoryjne – jeżeli zgodnie z pisemnym wskazaniem Lekarza prowadzącego wymagane są Badania laboratoryjne Ubezpieczonego;
  - 11) pomoc domowa – gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów, z zastrzeżeniem, że koszt podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków pokrywa Ubezpieczony;
  - 12) dostarczenie leków – gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków zaleconych przez lekarza, z zastrzeżeniem, że koszt leków pokrywa Ubezpieczony;
  - 13) dostarczenie posiłków lub artykułów żywnościowych – gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków lub artykułów żywnościowych, z zastrzeżeniem, że koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony;
  - 14) opieka nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego – gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest opieka nad zwierzętami domowymi (pies, kot), w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki nad zwierzętami, w zakresie: karmienia, wyprowadzania na spacer, utrzymania higieny oraz transportu zwierząt we wskazane miejsce, z zastrzeżeniem, że koszt zakupu karmy oraz środków higieny pokrywa Ubezpieczony;
  - 15) infolinii medycznej obejmującej telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:
    - a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
    - b) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,



- c) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
- d) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
- e) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- f) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
- g) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

#### § 4. LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Limity ilościowe oraz kwotowe Świadczeń zostały opisane w ust. 2 (tabela nr 1) i określają maksymalną ilość bądź wartość świadczeń do wykorzystania na Zdarzenie ubezpieczeniowe, które miało miejsce w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
2. Tabela nr 1. Zakres ubezpieczenia assistance:

Usługi medyczne i opiekuńcze	Limity na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Zabiegi rehabilitacyjne w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu	40 zabiegów
Wizyta Pielęgniarki w miejscu pobytu	10 wizyt
Wizyta u Lekarza specjalisty lub u psychologa (łącznie 30 specjalizacji)	10 wizyt
Transport medyczny do Placówki medycznej, z Placówki medycznej, pomiędzy Placówkami medycznymi	10 zleceń
Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	1 000 zł
Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego	1 000 zł
Dostarczenie i montaż sprzętu wspomagającego poruszanie, np. oporęczowanie (bez kosztu sprzętu)	1 000 zł
Wizyta u Lekarza pierwszego kontaktu w Placówce medycznej	10 wizyt
Badania specjalistyczne	5 zleceń, przy czym EKG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, PET – limit 1 świadczenie na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Badania laboratoryjne (jedno zlecenie może obejmować wiele badań)	5 zleceń
Pomoc domowa, np. codzienne porządki, przygotowanie posiłków, zakupy (bez kosztu zakupów), podlanie kwiatów	10 wizyt
Dostarczenie leków (bez kosztu leków)	1 000 zł
Dostarczenie posiłków lub artykułów żywnościowych (bez kosztu zakupów)	1 000 zł
Opieka nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania, np. karmienie, wyprowadzanie na spacer, utrzymywanie higieny lub ich transport we wskazane miejsce	1 000 zł
Infolinia medyczna	bez limitu

#### § 5. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu), zobowiązany jest:
  - 1) skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu: **+48 22 563 12 93**, podając dane, o których mowa w ust. 2;

- 2) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem, w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności i przyczyn Zdarzenia Ubezpieczeniowego, w tym udzielić wszelkich wyjaśnień o stanie sprawy, a także przesłać dokumenty na żądanie Ubezpieczyciela.
2. W celu skorzystania ze Świadczeń, Ubezpieczony jest zobowiązany podać:
  - 1) imię i nazwisko;
  - 2) numer polisy;
  - 3) numer telefonu;
  - 4) rodzaj świadczenia, o które wnioskuje.
3. Świadczenie zostanie zorganizowane, jeśli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe i wniosek o realizację Świadczenia zostanie zaakceptowany.
4. Ubezpieczyciel organizuje:
  - 1) zabiegi rehabilitacyjne w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 2) wizytę Pielęgniarki w miejscu pobytu – w terminie do 3 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 3) wizytę u Lekarza specjalisty: geriatry, hematologa, hepatologa, neurochirurga lub pulmonologa – w terminie do 10 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 4) wizytę u pozostałych Lekarzy specjalistów – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 5) Transport medyczny do Placówki medycznej, z Placówki medycznej, pomiędzy Placówkami medycznymi – w terminie do 2 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 6) wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego – w terminie do 4 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 7) dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego – w terminie do 4 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 8) dostarczenie i montaż sprzętu wspomagającego poruszanie – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 9) wizytę u Lekarza pierwszego kontaktu w Placówce medycznej – w terminie do 3 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 10) Badania specjalistyczne: RTG, USG, EKG, holter – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 11) Badania specjalistyczne: rezonans magnetyczny (MRI), tomografia komputerowa (CT) – w terminie do 10 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 12) Badania specjalistyczne: badanie pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – w terminie do 20 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 13) Badania laboratoryjne – w terminie do 3 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 14) pomoc domową, np. codzienne porządki, przygotowanie posiłków, zakupy, podlanie kwiatów – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 15) dostarczenie leków – w terminie do 2 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 16) dostarczenie posiłków lub artykułów żywnościowych – w terminie do 2 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 17) opiekę nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania, np. karmienie, wyprowadzanie na spacer, utrzymywanie higieny lub ich transport we wskazane miejsce – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 18) infolinię medyczną – dostępną przez całą dobę, 7 dni w tygodniu.
5. Koszty realizowanych świadczeń, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia, o ile te świadczenia są organizowane przez Ubezpieczyciela.
6. Jeżeli Ubezpieczony z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł skontaktować się z Ubezpieczycielem, może we własnym zakresie zorganizować i pokryć koszty Świadczenia, pod warunkiem poinformowania o tym fakcie niezwłocznie Ubezpieczyciela, nie później niż w terminie 7 dni, od kiedy skontaktowanie z Ubezpieczycielem stało się możliwe.
7. Ubezpieczony może również we własnym zakresie zorganizować i pokryć koszty Świadczenia, jeżeli Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczonego, że nie może zorganizować Świadczenia w umówionym terminie.
8. Ubezpieczyciel zwraca koszty, o których mowa w ust. 6 i 7, na podstawie przedłożonych dokumentów, potwierdzających fakt zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienia tych kosztów.
9. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 8, następuje do wysokości rzeczywistych poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia i limitu Świadczeń ustalonych w OWU.
10. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 30 Dni roboczych od dnia zgłoszenia wniosku o realizację Świadczenia, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji Świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.

## **§ 6. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI**

1. Ubezpieczyciel nie zorganizuje i nie pokryje kosztów usług medycznych i opiekuńczych, jeżeli Choroba lub NW, które są przyczyną stwierdzenia u Ubezpieczonego Niesamodzielności całkowitej lub Niesamodzielności częściowej, są spowodowane lub miały miejsce w następnym:
  - 1) popełnienia przez Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
  - 2) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
  - 3) pozostawania przez Ubezpieczonego:
    - a) w stanie po spożyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
    - b) pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, lub
    - c) pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
  - 4) prowadzenia przez Ubezpieczonego Środka lokomocji, jeśli:
    - a) nie posiada uprawnień do prowadzenia tego Środka lokomocji lub
    - b) pojazd lub inny Środek lokomocji nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa.
2. Ubezpieczyciel nie zorganizuje i nie pokryje kosztów usług medycznych i opiekuńczych, jeżeli Niesamodzielność całkowita lub Niesamodzielność częściowa, jest następstwem:
  - 1) Choroby psychicznej, z wyjątkiem otępienia w chorobie Alzheimera,
  - 2) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu takiej jak: choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczka, kardiomiopatia, encefalopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienia układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

## **§ 7. PRAWA I OBOWIĄZKI Z TYTUŁU UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA**

1. Ubezpieczony ma prawo do zgłoszenia Ubezpieczycielowi Zdarzenia ubezpieczeniowego, począwszy od pierwszego dnia Okresu ochrony ubezpieczeniowej.
2. Do obowiązków Ubezpieczyciela należy:
  - 1) przyjmowanie i rejestracja Zdarzeń ubezpieczeniowych;
  - 2) weryfikacja uprawnień Ubezpieczonego do Świadczeń;
  - 3) informowanie Ubezpieczonego o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
  - 4) rozpatrywanie roszczeń z tytułu Umowy Grupowego Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do wypełniania obowiązków niezbędnych do realizacji Umowy Grupowego Ubezpieczenia, a w szczególności do:
  - 1) przekazywania OWU wraz z Zasadami Ochrony Prywatności Ubezpieczyciela osobom objętym ochroną ubezpieczeniową – przed zgłoszeniem ich do Umowy Grupowego Ubezpieczenia;
  - 2) terminowego przekazywania składek należnych z tytułu Umowy Grupowego Ubezpieczenia za wszystkich Ubezpieczonych;
  - 3) dostarczania Ubezpieczycielowi listy Ubezpieczonych w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia i występujących z Umowy Grupowego Ubezpieczenia, na zasadach opisanych w Umowie Grupowego Ubezpieczenia;
  - 4) niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o zmianie danych Ubezpieczonych (jeśli jest w ich posiadaniu), niezbędnych do prawidłowego wykonywania Umowy Grupowego Ubezpieczenia.

## **§ 8. OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

1. Do Umowy Grupowego Ubezpieczenia może zostać zgłoszona przez Ubezpieczającego osoba fizyczna, objęta ochroną w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany zgłosić osobę, o której mowa w ust. 1, na zasadach określonych w Umowie Grupowego Ubezpieczenia, oraz przekazać tej osobie OWU wraz z Zasadami Ochrony Prywatności Ubezpieczyciela.
3. Składkę ubezpieczeniową za każdego Ubezpieczonego, uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie Grupowego Ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej, pod warunkiem zawarcia ww. umowy oraz opłacenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej. Okres ochrony ubezpieczeniowej zostaje przedłużony na kolejny Okres ochrony ubezpieczeniowej, o ile Ubezpieczający nie zgłosi wystąpienia Ubezpieczonego z ubezpieczenia. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Okres ochrony ubezpieczeniowej kończy się z dniem śmierci Ubezpieczonego.
5. Umowa Grupowego Ubezpieczenia została zawarta na czas nieoznaczony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie należy przesłać w formie pisemnej listem poleconym, za potwierdzeniem odbioru, na ostatni znany adres odpowiednio Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego.

6. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Grupowego Ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy Grupowego Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:
  - 1) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy Grupowego Ubezpieczenia, zgodnie z ust. 6;
  - 2) z końcem Okresu ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku rozwiązania Umowy Grupowego Ubezpieczenia, zgodnie z ust. 5;
  - 3) z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy Dodatkowej na warunkach w niej określonych;
  - 4) w dniu śmierci Ubezpieczonego.

## § 9. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Grupowego Ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony bądź ich spadkobiercy mogą złożyć do Ubezpieczyciela w formie:
  - 1) ustnej – telefonicznie pod numerem telefonu: + 48 22 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku, w Dni robocze w godzinach 8.00-16.00), albo osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
  - 2) pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny Ubezpieczyciela: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
  - 3) elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
2. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Grupowego Ubezpieczenia niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni, o wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
3. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej za pośrednictwem poczty tradycyjnej. 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 wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest zgodnie z ust. 3.
5. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej uprawnionym, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej uprawnionym przysługuje prawo, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, 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](http://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  
fax +48 22 333-73-29  
e-mail: [biuro@rf.gov.pl](mailto:biuro@rf.gov.pl)  
[www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl)

7. Za zgodą obu stron, do Umowy Grupowego Ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
8. Wszelkie zmiany Umowy Grupowego Ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
9. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie Umowy Grupowego Ubezpieczenia.
10. Prawem właściwym dla niniejszych OWU jest prawo polskie.
11. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym oraz uprawnionymi jest język polski.
12. Spory wynikające z Umowy Grupowego Ubezpieczenia można rozwiązać na drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.

13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Grupowego Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub uprawnionego.
14. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Grupowego Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy uprawnionego.
15. Ubezpieczyciel nie udzieli ochrony ubezpieczeniowej ani też nie będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub zapewnienia świadczenia majątkowego w zakresie udzielonej ochrony, jeżeli wypłata odszkodowania lub inne świadczenia majątkowe mogą narazić Ubezpieczyciela na jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub jakichkolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, prawa polskiego lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.
16. Niniejsze OWU przyjęte zostały uchwałą Ubezpieczyciela nr 028/2024 z dnia 3.10.2024 r. i wchodzi w życie z dniem 7.10.2024 r.

# Polityka prywatności

## Zasady ochrony prywatności

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

### 1. Kim jest administrator danych?

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

### 2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

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

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

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

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

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

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

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

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
W celu informowania Państwa lub umożliwienia spółkom z Grupy kapitałowej AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	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*
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 oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili stworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych.

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

#### **4. Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?**

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

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

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

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

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

#### **5. Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?**

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

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

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

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

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;

- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- uzyskania swoich danych osobowych w formacie elektronicznym na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych. W Polsce organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

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

## **7. Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?**

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

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

## **8. Jak długo przechowujemy dane osobowe?**

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

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

## **9. Jak można się z nami skontaktować?**

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

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

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

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

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

## **10. Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?**

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

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