

# Program Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie

## Spis treści

1. Regulamin Programu Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie .....	1
2. Ogólne warunki ubezpieczenia Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie.....	7
3. Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie .....	19
4. Polityka prywatności.....	23

## Organizator Programu

1. Organizatorem Programu Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie, 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 poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie.
5. Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej w razie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego – organizację i pokrycie kosztów niżej wskazanych świadczeń:
  - a) dostarczenie leków,
  - b) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
  - c) organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego,
  - d) pomoc domowa,
  - e) pomoc pielęgniarki,
  - f) transport medyczny z osobą bliską do przychodni, szpitala,
  - g) dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego,
  - h) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego,
  - i) dostarczenie posiłków,
  - j) zwrot kosztów zakupu peruk, protez,
  - k) przekazywanie wiadomości osobom bliskim,
  - l) konsultacje dietetyczne,

- m) pomoc psychoonkologa po diagnozie nowotworu dla Ubezpieczonego i jego bliskich (małżonek/partner, dzieci, rodzice),
- n) pomoc psychologa po diagnozie niepłodności dla Ubezpieczonego i jego małżonka/partnera,
- o) wizyta lekarza pierwszego kontaktu,
- p) wizyta u lekarza specjalisty: kardiologa, neurologa, okulisty, onkologa,
- q) badania (diagnostyka) laboratoryjne,
- r) badania: holter, holter RR, EKG, RTG, USG, MRI, CT, PET,
- s) organizacja i pokrycie kosztu zabiegu chirurgii plastycznej,
- t) dostęp do infolinii medycznej,
- u) teleopieka kardiologiczna po min. 3 dniowej hospitalizacji.

Zakres usług Assistance rozszerza się wraz z wiekiem. Po ukończeniu 30 roku życia Ubezpieczyciel zapewnia także organizację i pokrycie kosztów niżej wskazanych świadczeń:

- a) wizyta u lekarza specjalisty: kardiochirurga, kardiologa,
- b) badania (diagnostyka) laboratoryjne,
- c) EKG wysiłkowe,
- d) echo serca,
- e) rehabilitacja kardiologiczna po operacji.

Po ukończeniu 50 roku życia Ubezpieczyciel zapewnia także organizację i pokrycie kosztów niżej wskazanych świadczeń:

- a) transport medyczny do placówki,
- b) transport medyczny z placówki,
- c) transport medyczny pomiędzy placówkami,
- d) dostarczenie leków,
- e) dostarczenie artykułów żywnościowych,
- f) wizyta lekarza pierwszego kontaktu,
- g) wizyta u lekarza specjalisty: fizjoterapeuty, chirurga, chirurga naczyniowego, neurochirurga, endokrynologa, pulmonologa, ortopedy lub u psychologa,
- h) badania (diagnostyka) laboratoryjne,
- i) USG (prostata),
- j) mammografia,
- k) sanatorium po dwudniowej hospitalizacji,
- l) wizyta domowa pielęgniarki po dwudniowej hospitalizacji,
- m) pomoc domowa po dwudniowej hospitalizacji,
- n) sprzęt wspomagający poruszanie się, np. oporęczowanie (dostarczenie i montaż).

Po ukończeniu 60 roku życia Ubezpieczyciel zapewnia także organizację i pokrycie kosztów niżej wskazanych świadczeń:

- a) medycyna rodzinna/geriatryczna,
- b) wizyta u dentysty, w tym protetyka (naprawa protez, dopasowanie)
- c) dostęp do infolinii senior.

- 6. Warunki korzystania ze świadczeń assistance wskazane są w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie, 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 – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie.
- 9. Program w stosunku do każdego Ubezpieczonego trwa przez czas trwania Umowy dodatkowej – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie, 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 poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie, ale nie krócej niż do dnia przedawnienia roszczeń Ubezpieczonego.
- 10. Przystąpienie do Programu jest równoznaczne z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie i następuje poprzez złożenie deklaracji przystąpienia do Programu na wniosek 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. przekaże 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 poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie.
12. Przystąpienie do Programu będzie oznaczało, że Uczestnik zapoznał się z postanowieniami niniejszego Regulaminu oraz Ogólnymi warunkami ubezpieczenia Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie i zaakceptował je.
13. Uczestnik Programu zostanie objęty ochroną assistance z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden z tytułu Umowy dodatkowej – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie.

#### **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 poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie § 9 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 – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie, może korzystać ze świadczeń assistance w ramach limitów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie. 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 14.

# Ubezpieczenie „Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie”

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 POWAŻNEJ CHOROBY Z OCHRONĄ ROZSZERZAJĄCĄ SIĘ W CZASIE”

Niniejszy dokument zawiera opis najważniejszych informacji na temat produktu OWU „ASSISTANCE W RAZIE POWAŻNEJ CHOROBY Z OCHRONĄ ROZSZERZAJĄCĄ SIĘ W CZASIE” – 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 poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie” zapewnia ubezpieczonemu realizację świadczeń w przypadku Poważnej choroby.



### Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego w zakresie ryzyka wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Poważnej choroby.
- ✓ Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów usług medycznych i opiekuńczych. Zakres przysługujących Ubezpieczonemu świadczeń ulega rozszerzeniu w rocznicę polisy po ukończeniu 30 lat, a następnie w rocznicę polisy po ukończeniu 50 oraz 60 lat.
- ✓ 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?

Nie zrealizujemy Świadczeń, jeżeli Poważna choroba jest następstwem:

- ! 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.
- ! Ponadto nie zrealizujemy Świadczeń w związku z wystąpieniem chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczka, kardiomiopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienie układu 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 – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie, 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 – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie 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:**

Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie

**Informacje zawarte w OWU****Nr artykułu OWU**

<b>Informacje zawarte w OWU</b>	<b>Nr artykułu OWU</b>
1. Przesłanki realizacji świadczenia.	§ 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy realizacji świadczeń.	§ 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7
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 poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie

## § 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie” (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 – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie.
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. **Dzień roboczy** to dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w Rzeczypospolitej Polskiej.
3. **Dzień wystąpienia Poważnej choroby** to dzień postawienia diagnozy przez Lekarza, o ile zdiagnozowana choroba jest zgodna z definicją Poważnej choroby zawartą w Załączniku nr 1 do OWU. W przypadku zabiegów operacyjnych, wskazanych jako Poważna choroba objęta zakresem „Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie”, dniem wystąpienia Poważnej choroby jest dzień przeprowadzenia tego zabiegu.
4. **Lekarz pierwszego kontaktu** to lekarz internista, lekarz specjalista medycyny rodzinnej, lekarz pediatra.
5. **Lekarz prowadzący** to lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego.
6. **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.
7. **Pielęgniarka** to osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2024 r., poz. 814).
8. **Placówka medyczna** to Szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
9. **Poważna choroba** to choroba lub zabieg operacyjny, wymienione w § 3 ust. 6 i Załączniku nr 1 – Tabeli Definicji Poważnych chorób objętych ubezpieczeniem, które wystąpiły lub zostały przeprowadzone u Ubezpieczonego w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
10. **Sanatorium** to sanatorium uzdrowskawe lub szpital uzdrowskawy w rozumieniu ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowskawym, uzdrowskach i obszarach ochrony uzdrowskawowej oraz o gminach uzdrowskawych (Dz. U. z 2023 r., poz. 151 z późn. zm.).
11. **Sprzęt rehabilitacyjny** to sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający lub ułatwiający choremu samodzielne funkcjonowanie.
12. **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 uzdrowskawych, szpitali sanatoryjnych, szpitali rehabilitacyjnych.



13. **Świadczenie** to usługa medyczna lub opiekuńcza, którą zorganizujemy i której koszty pokryjemy w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, określone w § 4.
14. **Transport medyczny** to transport realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia środkiem transportu, zapewniony przez Ubezpieczyciela.
15. **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.
16. **Ubezpieczony** to zgłoszona do Umowy Grupowego Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
17. **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.
18. **Umowa Dodatkowa** to zawarta z Nationale-Nederlanden Umowa dodatkowa – poważne choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie, oznaczona kodem CZ12.
19. **Umowa Grupowego Ubezpieczenia** to umowa grupowego ubezpieczenia, do której mają zastosowanie niniejsze OWU, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych.
20. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to Poważna choroba.

### § 3. ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego w zakresie ryzyka wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, które miało miejsce w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową niezależnie od miejsca wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem, że Świadczenia realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozszerza się wraz z wiekiem Ubezpieczonego. Chronimy Ubezpieczonego od zdarzeń zgodnie z tabelą zamieszczoną w ust. 6.
5. Ubezpieczonym może być osoba, która ukończyła 16 lat. Pierwsze rozszerzenie następuje w rocznicę polisy po ukończeniu 30 lat, a kolejne rozszerzenia w rocznice polisy po ukończeniu 50 i 60 lat. Ochrona z tytułu niepłodności trwa do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 40 lat.
6. Tabela Poważnych chorób wraz z określeniem wieku Ubezpieczonego, od którego przysługuje ochrona:

Lp.	Wiek klienta Poważna choroba	16+	30+	50+	60+
1	Nowotwór złośliwy	✓	✓	✓	✓
2	Nowotwór mózgu (wszystkie stadia)	✓	✓	✓	✓
3	Zawał serca	✓	✓	✓	✓
4	Koronarografia	✓	✓	✓	✓
5	Angioplastyka wieńcowa (PTCA)	✓	✓	✓	✓
6	Udar mózgu z trwałym deficytem neurologicznym	✓	✓	✓	✓
7	Udar mózgu bez ubytków neurologicznych	✓	✓	✓	✓
8	Przeszczep narządów	✓	✓	✓	✓
9	Utrata wzroku	✓	✓	✓	✓
10	Utrata słuchu	✓	✓	✓	✓
11	Utrata wzroku w jednym oku	✓	✓	✓	✓



Lp.	Wiek klienta Poważna choroba	16+	30+	50+	60+
12	Utrata słuchu w jednym uchu	✓	✓	✓	✓
13	Schyłkowa niewydolność nerek	✓	✓	✓	✓
14	Stwardnienie rozsiane	✓	✓	✓	✓
15	Masywny zator płucny	✓	✓	✓	✓
16	Niepłodność	✓	Do 40 roku życia	-	-
17	Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass)	-	✓	✓	✓
18	Operacja aorty	-	✓	✓	✓
19	Operacja zastawki serca (o określonym stopniu nasilenia)	-	✓	✓	✓
20	Choroba Parkinsona	-	-	✓	✓
21	Choroba Parkinsona – łagodniejsza postać	-	-	✓	✓
22	Choroba Alzheimerera	-	-	✓	✓
23	Złamanie kości w wyniku osteoporozy	-	-	✓	✓
24	Nietrzymanie moczu leczone operacyjnie	-	-	✓	✓
25	Stwardnienie zanikowe boczne (Choroba neuronu ruchowego)	-	-	✓	✓
26	Jaskra leczona operacyjnie	-	-	✓	✓
27	Choroby plamki żółtej	-	-	✓	✓
28	Zaćma leczona operacyjnie	-	-	✓	✓
29	Demencja starcza / Ołębienie starcze	-	-	-	✓
30	Całkowity niedowład	-	-	-	✓
31	Schyłkowa niewydolność wątroby	-	-	-	✓
32	Schyłkowa niewydolność oddechowa	-	-	-	✓

#### § 4. RODZAJE ŚWIADCZEŃ

- Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów usług medycznych i opiekuńczych, na rzecz wszystkich Ubezpieczonych bez względu na wiek, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela tj.:
  - dostarczenie leków zaleconych przez Lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego wymagane jest leżenie, z zastrzeżeniem, że koszt leków pokrywa Ubezpieczony;

- 2) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie jest w stanie sprawować opieki samodzielnie;
- 3) organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z pisemnym wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego;
- 4) pomoc domowa, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w szczególności w zakresie codziennych porządków domowych, podlewania kwiatów, prania lub prasowania;
- 5) pomoc 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;
- 6) Transport medyczny Ubezpieczonego wraz z osobą towarzyszącą do Placówki medycznej wskazanej przez Lekarza prowadzącego, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w Placówce medycznej;
- 7) dostarczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego Sprzętu rehabilitacyjnego, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony posiada zalecenia do używania Sprzętu rehabilitacyjnego;
- 8) wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony posiada zalecenia do używania Sprzętu rehabilitacyjnego;
- 9) dostarczenie posiłków, gdy na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków, z zastrzeżeniem, że koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony;
- 10) zwrot kosztów zakupu peruk, protez, gdy wskutek Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony używa peruki lub protezy, zwrócimy koszty zakupu poniesione przez Ubezpieczonego;
- 11) przekazywanie wiadomości osobom bliskim, gdy na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, a Ubezpieczony pozbawiony jest możliwości komunikowania się na odległość;
- 12) konsultacje dietetyczne, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zalecone ma poddanie się szczególnej diecie;
- 13) pomoc psychoonkologa dla Ubezpieczonego i jego bliskich (małżonek/partner, dzieci, rodzice), jeżeli u Ubezpieczonego zdiagnozowano nowotwór;
- 14) pomoc psychologa dla Ubezpieczonego i jego małżonka/partnera, jeżeli u Ubezpieczonego zdiagnozowano niepłodność;
- 15) wizyta Lekarza pierwszego kontaktu w miejscu pobytu Ubezpieczonego, jeżeli w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc Lekarza pierwszego kontaktu, a na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie;
- 16) wizyta u lekarza specjalisty: kardiologa, neurologa, okulisty, onkologa, jeżeli w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc ww. lekarza specjalisty;
- 17) Badania laboratoryjne, jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane są Badania laboratoryjne Ubezpieczonego;
- 18) badanie holter, jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie tego badania specjalistycznego;
- 19) badanie holter RR, jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie tego badania specjalistycznego;
- 20) badanie elektrokardiogram (EKG), jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie tego badania specjalistycznego;
- 21) badanie rentgenowskie (RTG), jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie tego badania specjalistycznego;
- 22) badanie ultrasonograficzne (USG), jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie tego badania specjalistycznego;
- 23) badanie rezonans magnetyczny (MRI), jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie tego badania specjalistycznego;
- 24) badanie tomografia magnetyczna (CT), jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie tego badania specjalistycznego;
- 25) badanie pozytonowa tomografia emisyjna (PET), jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie tego badania specjalistycznego;
- 26) zabieg chirurgii plastycznej, jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego wymagane jest przeprowadzenie tego zabiegu;
- 27) infolinia medyczna obejmująca 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;
- 28) teleopieka kardiologiczna, obejmująca dostarczenie Ubezpieczonemu aparatu EKG do miejsca pobytu, jeżeli wskutek trwającej co najmniej trzy doby hospitalizacji z uwagi na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie badania EKG, a ponadto, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie.
2. Na rzecz Ubezpieczonych, którzy ukończyli 30 rok życia, niezależnie od świadczeń wskazanych w ust. 1, zorganizujemy i pokryjemy koszty usług medycznych i opiekuńczych, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela tj.:
- 1) wizyta u lekarza specjalisty: kardiochirurga, kardiologa, jeżeli w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc lekarza specjalisty;
  - 2) Badania laboratoryjne, jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane są Badania laboratoryjne Ubezpieczonego i wykorzystano limit na Badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1;
  - 3) badanie EKG wysiłkowe, jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie tego badania specjalistycznego;
  - 4) badanie echo serca, jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie tego badania specjalistycznego;
  - 5) rehabilitacja kardiologiczna, jeżeli po przebytej operacji, która została przeprowadzona wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymaga odbycia takiej rehabilitacji.
3. Na rzecz Ubezpieczonych, którzy ukończyli 50 rok życia, niezależnie od świadczeń wskazanych w ust. 1 i 2, zorganizujemy i pokryjemy koszty usług medycznych i opiekuńczych, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela tj.:
- 1) Transport medyczny organizowany do Placówki medycznej wskazanej przez Lekarza prowadzącego, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w Placówce medycznej;
  - 2) Transport medyczny z Placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagany był pobyt Ubezpieczonego w Placówce medycznej;
  - 3) Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagany był pobyt Ubezpieczonego w Placówce medycznej, a 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;
  - 4) dostarczenie leków zaleconych przez Lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, gdy wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, jeżeli wykorzystano limit na dostarczenie leków, o których mowa w ust. 1; z zastrzeżeniem, że koszt leków pokrywa Ubezpieczony;
  - 5) dostarczenie artykułów żywnościowych – gdy na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego artykułów żywnościowych, z zastrzeżeniem, że koszt artykułów żywnościowych pokrywa Ubezpieczony;
  - 6) wizyta Lekarza pierwszego kontaktu w miejscu pobytu Ubezpieczonego, jeżeli w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc Lekarza pierwszego kontaktu oraz gdy na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie i jeżeli wykorzystano limit na wizyty Lekarza pierwszego kontaktu, o których mowa w ust. 1;
  - 7) wizyta u lekarza specjalisty: fizjoterapeuty, chirurga, chirurga naczyniowego, neurochirurga, endokrynologa, pulmonologa, ortopedy lub u psychologa, jeżeli w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc lekarza specjalisty;
  - 8) Badania laboratoryjne – jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane są Badania laboratoryjne Ubezpieczonego i wykorzystano limit na Badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1 i 2;
  - 9) badanie ultrasonograficzne (USG) prostaty, jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie tego badania specjalistycznego;
  - 10) badanie mammograficzne, jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagane jest przeprowadzenie tego badania specjalistycznego;
  - 11) Sanatorium, jeżeli wskutek trwającej co najmniej dwie doby hospitalizacji z uwagi na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego, wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium;
  - 12) wizyta domowa Pielęgniarki, jeżeli wskutek trwającej co najmniej dwie doby hospitalizacji z uwagi na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc Pielęgniarki;
  - 13) pomoc domowa, jeżeli wskutek trwającej co najmniej dwie doby hospitalizacji z uwagi na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w szczególności w zakresie codziennych porządków domowych, podlewania kwiatów, prania lub prasowania;

- 14) 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).
4. Na rzecz Ubezpieczonych, którzy ukończyli 60 rok życia, niezależnie od świadczeń wskazanych w ust. 1-3, zorganizujemy i pokryjemy koszty usług medycznych i opiekuńczych, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela tj.:
- 1) wizyta u lekarza medycyny rodzinnej lub geriatrycznej, jeżeli w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc ww. lekarza specjalisty;
  - 2) wizyta u dentysty, w tym protetyka (obejmujące również naprawę i dopasowanie protez), jeżeli w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc dentysty lub protetyka, z zastrzeżeniem, że koszty zakupu protez pokrywa Ubezpieczony;
  - 3) infolinia senior – jeżeli w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony znajduje się w sytuacji wymagającej sięgnięcia po doradztwo socjalne, może skorzystać z telefonicznej pomocy doradców socjalnych.
5. Zakres przysługujących Ubezpieczonemu Świadczeń ustala się mając na uwadze jego wiek w Dniu wystąpienia Poważnej choroby.
6. Świadczenia przewidziane dla Poważnej choroby zostaną zrealizowane także w sytuacji, jeżeli Poważna choroba wystąpi wcześniej niż w wieku, który został wskazany w Tabeli Poważnych chorób w § 3 ust. 6 przy czym Poważna choroba, musi wystąpić w trakcie trwania Okresu ochrony ubezpieczeniowej.

## § 5. 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:

Klient 16+	
ŚWIADCZENIA	LIMITY
dostarczenie leków	
opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	
pomoc domowa	
pomoc Pielęgniarki	
Transport medyczny z osobą bliską do przychodni, Szpitala	25 000 zł
dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego	
wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	
dostarczenie posiłków	
zwrot kosztów zakupu peruk, protez	
przekazywanie wiadomości osobom bliskim	
konsultacje dietetyczne	

pomoc psychoonkologa po diagnozie nowotworu dla Ubezpieczonego i jego bliskich (małżonek/partner, dzieci, rodzice)	10 konsultacji na Zdarzenie ubezpieczeniowe	
pomoc psychologa po diagnozie niepłodności dla Ubezpieczonego i jego małżonka/partnera	10 konsultacji	25 000 zł
wizyta Lekarza pierwszego kontaktu		
wizyta u lekarza specjalisty: kardiologa, neurologa, okulisty, onkologa	do 4 razy w ciągu roku w odniesieniu do Ubezpieczonego	
Badania (diagnostyka) laboratoryjne		
holter	raz na Zdarzenie ubezpieczeniowe	
holter RR	raz na Zdarzenie ubezpieczeniowe	10 świadczeń
EKG	raz na Zdarzenie ubezpieczeniowe	
RTG		
USG		
MRI – raz na Zdarzenie ubezpieczeniowe	raz na Zdarzenie ubezpieczeniowe	
CT – raz na Zdarzenie ubezpieczeniowe	raz na Zdarzenie ubezpieczeniowe	
PET – raz na Zdarzenie ubezpieczeniowe	raz na Zdarzenie ubezpieczeniowe	
organizacja i pokrycie kosztu zabiegu chirurgii plastycznej		10 000 zł
infolinia medyczna		bez limitu
teleopieka kardiologiczna po min. 3 dniowej hospitalizacji	raz na rok na okres 6 miesięcy	
<b>Klient 30+</b>		
ŚWIADCZENIA	LIMITY	
<b>ZAKRES DLA KLIENTA 16+ UZUPEŁNIONY O DODATKOWE USŁUGI TJ.:</b>		
wizyta u lekarza specjalisty: kardiochirurga, kardiologa	4 razy w ciągu roku w odniesieniu do Ubezpieczonego	
Badania (diagnostyka) laboratoryjne		
EKG wysiłkowe	raz na Zdarzenie ubezpieczeniowe	10 świadczeń
echo serca	raz na Zdarzenie ubezpieczeniowe	
rehabilitacja kardiologiczna po operacji		1 000 zł

<b>Klient 50+</b>	
ŚWIADCZENIA	LIMITY
<b>ZAKRES DLA KLIENTA 16+ I KLIENTA 30+ UZUPEŁNIONY O DODATKOWE USŁUGI TJ.:</b>	
Transport medyczny do placówki	1000 zł
Transport medyczny z placówki	1000 zł
Transport medyczny pomiędzy placówkami	1000 zł
dostarczenie leków	300 zł
dostarczenie artykułów żywnościowych	300 zł
wizyta Lekarza pierwszego kontaktu	
wizyta u lekarza specjalisty: fizjoterapeuty, chirurga, chirurga naczyniowego, neurochirurga, endokrynologa, pulmonologa, ortopedy lub u psychologa	10 świadczeń
Badania (diagnostyka) laboratoryjne	
USG (prostata)	
mammografia	
Sanatorium po dwudniowej hospitalizacji	2000 zł
wizyta domowa Pielęgniarki po dwudniowej hospitalizacji	500 zł
pomoc domowa po dwudniowej hospitalizacji	500 zł
sprzęt wspomagający poruszanie się, np. oporęczowanie (dostarczenie i montaż)	1000 zł (bez samego kosztu sprzętu)
<b>Klient 60+</b>	
ŚWIADCZENIA	LIMITY
<b>ZAKRES DLA KLIENTA 16+, 30+ I 50+ UZUPEŁNIONY O DODATKOWE USŁUGI TJ.:</b>	
wizyta u lekarza medycyny rodzinnej lub geriatrycznej	10 świadczeń
wizyta u dentysty, w tym protetyka (naprawa protez, dopasowanie)	5 świadczeń
infolinia senior	bez limitu

## § 6. 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 14**, 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) dostarczenie leków – w terminie do 2 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 2) opiekę nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 3) organizację procesu rehabilitacyjnego – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 4) pomoc domową – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 5) pomoc Pielęgniarki – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 6) Transport medyczny do Placówki medycznej, z Placówki medycznej lub pomiędzy Placówkami medycznymi – w terminie do 2 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 7) dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego – w terminie do 4 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 8) wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego – w terminie do 4 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 9) dostarczenie posiłków – w terminie do 2 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 10) zwrot kosztów zakupu peruk i protez – w terminie do 30 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz przedłożenia rachunków potwierdzających poniesienie ww. kosztów;
  - 11) przekazywanie wiadomości osobom bliskim – w terminie do 1 Dnia roboczego od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 12) konsultacje dietetyczne – w terminie do 1 Dnia roboczego od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 13) pomoc psychoonkologa po diagnozie nowotworu – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 14) pomoc psychologa po diagnozie niepłodności – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 15) wizytę Lekarza pierwszego kontaktu – w terminie do 3 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 16) Badania laboratoryjne – w terminie do 3 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 17) dostarczenie artykułów żywnościowych – w terminie do 2 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 18) badanie holter – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 19) badanie holter RR – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 20) badanie EKG – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 21) badanie RTG – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 22) badanie USG – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 23) badanie MRI – w terminie do 10 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 24) badanie CT – w terminie do 10 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 25) badanie PET – w terminie do 20 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 26) zabieg chirurgii plastycznej – w terminie do 20 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 27) infolinię medyczną – dostępna przez całą dobę, 7 dni w tygodniu
  - 28) teleopiekę kardiologiczną – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 29) badanie EKG wysiłkowe – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 30) badanie echo serca – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 31) rehabilitację kardiologiczną po operacji – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 32) wizytę u lekarza specjalisty: geriatry, hematologa, hepatologa neurochirurga lub pulmonologa – w terminie do 10 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 33) wizyta u pozostałych lekarzy specjalistów – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 34) badanie USG prostaty – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 35) badanie mammograficzne – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 36) Sanatorium po dwudniowej hospitalizacji – w terminie do 3 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;



- 37) wizytę domową Pielęgniarki po dwudniowej hospitalizacji – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 38) pomoc domową po dwudniowej hospitalizacji – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 39) sprzęt wspomagający poruszanie się – w terminie do 5 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 40) wizytę u dentysty, w tym protetyka – w terminie do 10 Dni roboczych od dnia zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 41) infolinię senior (doradztwo socjalne) – dostępna 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 limitów 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.

## **§ 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI**

1. Nie zrealizujemy Świadczeń, jeżeli Poważna choroba jest następstwem:
  - 1) popełnienia przez Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia umyślnego przestępstwa,
  - 2) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
  - 3) 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.
2. Ponadto nie zrealizujemy Świadczeń w związku z wystąpieniem chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczka, kardiomiopatia, miopatia, polineuropatia, zwyrodnienie układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

## **§ 8. 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.

## § 9. 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) 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.

## § 10. 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).

### **Biurowo 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  
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 029/2024 z dnia 3.10.2024 r. i wchodzi w życie z dniem 7.10.2024 r.

# Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Assistance w razie poważnej choroby z ochroną rozszerzającą się w czasie

Definicje Poważnych chorób objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej.

- 
- 1 Nowotwór złośliwy: charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.  
Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów.  
Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

    - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ, melanoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe
    - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A – zgodnie z klasyfikacją TNM ósmej edycji AJCC (American Joint Committee on Cancer)
    - rak podstawnokomórkowy lub kolczystokomórkowy skóry,
    - rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
    - rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0, nowotwór mózgu (wszystkie stadia).

---

  - 2 Nowotwór mózgu: (wszystkie stadia): wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.

---

  - 3 Zawał serca: martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez Lekarza kardiologa lub internistę.  
Rozpoznanie musi być oparte na: znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników:

    - objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej,
    - wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
    - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca.

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.

---

  - 4 Koronarografia – pierwszorazowa angiografia tętnic wieńcowych. Badanie polegające na podaniu do tętnic wieńcowych kontrastu, umożliwiające uwidocznienie ich za pomocą promieniowania rentgenowskiego.

---

  - 5 Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA): pierwszorazowy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczepienia stentu w celu korekcy zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu.

---

  - 6 Udar mózgu z trwałym deficytem neurologicznym: nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, które spowodowało powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Wystąpienie udaru mózgu musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa.  
Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR).  
Powyższa definicja nie obejmuje:

    - Przejściowego ataku niedokrwienno (TIA);
    - Udaru z powodu wypadku lub urazu;
    - Bezobjawowego niemego udaru stwierdzonego podczas badań obrazowych.
-

- 
- 7 Udar mózgu bez ubytków neurologicznych: nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, które nie spowodowało trwałych ubytków neurologicznych. Wystąpienie udaru mózgu musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa.  
Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR).  
Powyższa definicja nie obejmuje:
- Przejściowego ataku niedokrwienego (TIA);
  - Udaru z powodu wypadku lub urazu.
- 
- 8 Przeszczep narządów: przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
  - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi.
- 
- 9 Utrata wzroku: całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że skorygowana ostrość wzroku oka lepiej widzącego jest mniejsza niż 6/60 lub utrzymuje się ograniczenie pola widzenia do mniej niż 20 stopni w każdym oku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym.
- 
- 10 Utrata słuchu: całkowita, stała i nieodwracalna, obustronna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków, spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że w lepiej słyszającym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 80 dB. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym.
- 
- 11 Utrata wzroku w jednym oku: całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że jego skorygowana ostrość wzroku jest mniejsza niż 6/60 lub utrzymuje się ograniczenie pola widzenia do mniej niż 20 stopni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę.  
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym.
- 
- 12 Utrata słuchu w jednym uchu: jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w jednym uchu, co oznacza, że średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 80 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo potwierdzona wynikiem badania audiometrycznego.  
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym oraz przypadków, gdy utrata słuchu jest skutkiem udaru mózgu, za który zostało wypłacone Świadczenie ubezpieczeniowe.
- 
- 13 Schyłkowa niewydolność nerek: schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki. Schyłkową niewydolność nerek potwierdza Lekarz nefrolog.  
Poważnym Zachorowaniem nie jest ostra niewydolność nerek, która wymaga okresowej dializoterapii.
- 
- 14 Stwardnienie rozsiane: choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, powodująca ubytek neurologiczny. Do stwierdzenia Poważnej choroby niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza neurologa, rozpoznana na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonald'a.
- 
- 15 Masywny zator tętnicy płucnej: nagłe zatkanie światła pnia tętnicy płucnej leczone operacyjnie maksymalnie w ciągu 48 godzin od diagnozy.
- 
- 16 Niepłodność: diagnoza niepłodności postawiona u Ubezpieczonego, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przez specjalistę oraz przeprowadzenie pierwszego zabiegu IVF (in vitro), niezależne od jego skuteczności i dalszych zabiegów.
-

- 
- 17 Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass): przeprowadzenie operacji chirurgicznej z otwarciem klatki piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
- 
- 18 Operacja aorty: operacja chirurgiczna tętniaka aorty, zwężenia, niedrożności, rozwarstwienia lub uszkodzenia aorty wykonana drogą laparotomii, torakotomii, mikrochirurgii lub technik przeszkrónnych śródnaczyniowych w celu jej naprawy lub korekcji.  
W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzusznią, z wykluczeniem jej odgałęzień.  
Zakres powyższej definicji nie obejmuje:
- operacji przeprowadzanych na naczyniach obwodowych w tym między innymi operacji pomostowania aortalno-udowego;
  - przeszkrónnych śródnaczyniowych zabiegów z użyciem cewnika wykonywanych wyłącznie w celach diagnostycznych.
- 
- 19 Operacja zastawki serca (o określonym stopniu nasilenia): przeprowadzona na otwartym sercu wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, wykonana drogą torakotomii.  
Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych nie są objęte ubezpieczeniem.
- 
- 20 Choroba Parkinsona: postępująca zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego powodująca ubytek neurologiczny. Do stwierdzenia Poważnej choroby niezbędne są:
- jednoznacznie postawione rozpoznanie przez Lekarza neurologa oraz
  - określenie przez Lekarza niezdolności do samodzielnego wykonywania, nieprzerwanie przez okres minimum 6 miesięcy, przynajmniej dwóch z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadku zespołu Parkinsona wywołanego przez leki lub toksyny.
- 
- 21 Choroba Parkinsona – łagodniejsza postać: Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona z potwierdzeniem występowania charakterystycznych objawów – spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej, drżenia spoczynkowego, niestabilności postawy, z koniecznością stałej farmakoterapii.
- 
- 22 Choroba Alzheimerera: Choroba Alzheimerera oznacza stany powodujące trwałe i poważne upośledzenie funkcji poznawczych. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Alzheimerera musi zostać postawione przez Lekarza neurologa. Diagnoza musi być potwierdzona wywiadem klinicznym, badaniami neuropoznawczymi oraz badaniami obrazowymi mózgu. W obrazie choroby musi występować postępujące pogorszenie pamięci i zdolności intelektualnych z ciężką dysfunkcją poznawczą, potwierdzoną wynikiem testu Mini-Mental Status Examination (MMSE) poniżej 10 z 30 lub równoważny temu wynik przy użyciu innego standaryzowanego i klinicznie akceptowanego testu funkcji poznawczych. Musi również nastąpić trwałe ograniczenie samodzielnego funkcjonowania Ubezpieczonego zarówno pod względem umysłowym jak i społecznym w stopniu wymagającym ciągłego nadzoru i pomocy innej osoby w czynnościach życia codziennego.  
Zakres powyższej definicji nie obejmuje:
- łagodnych zaburzeń neuropoznawczych.
- 
- 23 Złamanie kości w wyniku osteoporozy: diagnoza choroby szkieletu, która charakteryzuje się upośledzoną wytrzymałością kości. Do uznania świadczenia konieczne jest przebycie co najmniej jednego złamania kości w wyniku osteoporozy, co potwierdza dokumentacja medyczna.
- 
- 24 Nietrzymanie moczu leczone operacyjnie: nietrzymanie moczu wymagające przeprowadzenia pierwszorazowego leczenia operacyjnego.
- 
- 25 Stwardnienie zanikowe boczne: choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej. W jej przebiegu musi dojść do powstania trwałych deficytów neurologicznych, prowadzących do zaburzeń motoryki, istniejących nieprzerwanie przez okres minimum 3 miesięcy.  
Jednoznaczne rozpoznanie choroby musi być postawione przez Lekarza neurologa w oparciu o standardy medyczne obowiązujące w chwili jej rozpoznawania.
- 
- 26 Jaskra leczona operacyjnie: jednoznaczna diagnoza choroby oka, wymagająca leczenia operacyjnego. Świadczenie przyznawane jest po wykonaniu zabiegu operacyjnego.
-

27	Choroby plamki żółtej: jednoznaczna diagnoza stanu chorobowego postawiona przez lekarza okulistę.
28	Zaćma leczona operacyjnie: jednoznaczna diagnoza choroby oka, wymagająca leczenia operacyjnego. Świadczenie przyznawane jest po wykonaniu zabiegu operacyjnego.
29	<p>Demencja starcza / otępienie starcze: poważne zaburzenia neuropoznawcze oznaczające stany powodujące trwałe i poważne upośledzenie funkcji poznawczych. Jednoznaczne rozpoznanie Demencji starczej / otępienia starczego musi zostać postawione przez Lekarza neurologa. Diagnoza musi być potwierdzona wywiadem klinicznym, badaniami neuropoznawczymi oraz badaniami obrazowymi mózgu. W obrazie choroby musi występować postępujące pogorszenie pamięci i zdolności intelektualnych z ciężką dysfunkcją poznawczą, potwierdzoną wynikiem testu Mini-Mental Status Examination (MMSE) poniżej 10 z 30 lub równoważny temu wynik przy użyciu innego standaryzowanego i klinicznie akceptowanego testu funkcji poznawczych. Musi również nastąpić trwałe ograniczenie samodzielnego funkcjonowania Ubezpieczonego zarówno pod względem umysłowym jak i społecznym w stopniu wymagającym ciągłego nadzoru i pomocy innej osoby w czynnościach życia codziennego. Zakres powyższej definicji nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• demencji spowodowanej chorobami psychicznymi lub nadużywaniem alkoholu lub używaniem środków odurzających;</li> <li>• łagodnych zaburzeń neuropoznawczych;</li> <li>• otępienia bezobjawowego identyfikowanego wyłącznie na podstawie wyników badań, neuroobrazowych i wszelkich innych biomarkerów obecnych w płynie mózgowo-rdzeniowym, krwi, moczu lub innych płynach ustrojowych, przy braku jakichkolwiek objawów poznawczych lub behawioralnych.</li> </ul>
30	Całkowity niedowład: całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub chorobami psychicznymi.
31	<p>Schyłkowa niewydolność wątroby: całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem co najmniej dwóch z poniższych objawów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stałej żółtaczki;</li> <li>• wodobrzusza;</li> <li>• encefalopatii wątrobowej.</li> </ul> <p>Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków lub alkoholu.</p>
32	<p>Schyłkowa niewydolność oddechowa: schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową.</p> <p>Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• natężona pierwszosekundowa objętość wydechu (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,</li> <li>• pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,</li> <li>• ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej nie wyższe niż 55 mmHg (pO<sub>2</sub> ≤ 55 mmHg),</li> <li>• duszność spoczynkowa. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa.</li> </ul>



# 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 należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

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

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

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

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

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na stronie: <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).