

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Assistance

Dla uczestników Programu Assistance organizowanego przez Nationale-
Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

AH-GTC/01/09/2026/ASSISTANCE

CHUBB®

Spis treści:

Informacja do OWU AH-GTC /01/09/2026/ASSISTANCE	1
§1. Postanowienia Ogólne	2
§2. Definicje	2
§3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres ubezpieczenia	4
§4. Przystąpienie do ubezpieczenia i rezygnacja z ubezpieczenia	12
§5. Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela	12
§6. Roszczenie i realizacja świadczenia	15
§7. Obowiązki Ubezpieczonego	16
§8. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej	16
§9. Postanowienia końcowe	16
§10. Procedura reklamacyjna	16
§11. Inne postanowienia	18
Kontakt	18
O Chubb	18
Dane osobowe	18

Rodzaj informacji	Postanowienie OWU
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 § 2.1-30 § 3 § 4 § 6 § 7 Załącznik nr 1 - Zakres i sumy Ubezpieczenia
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2.1-30 §5.1-6 §6.2 § 8

§1. Postanowienia Ogólne

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Assistance (zwane dalej „OWU”) mają zastosowanie do umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na życie S.A. (zwany dalej „Ubezpieczającym”) a **Chubb European Group SE Spółka Europejska**, z siedzibą w Paryżu, Francja, prowadzącym w Polsce działalność za pośrednictwem oddziału **Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce**, ul. Królewska 18, 00-103 Warszawa (zwany dalej „Ubezpieczycielem”), na podstawie, której Ubezpieczyciel będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej osobom fizycznym, które przystąpiły do **Programu Assistance**.

§2. Definicje

Terminy użyte w niniejszych OWU pisane wielką literą mają następujące znaczenie:

1. **Centrum Operacyjne** - ISON Care Sp. z o.o., ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa, będący podmiotem realizującym świadczenia Assistance na podstawie **Umowy Ubezpieczenia**.
2. **Choroba przewlekła** - zdiagnozowany przed objęciem ochroną ubezpieczeniową stan chorobowy **Ubezpieczonego** charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, a także choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną **Hospitalizacji** w okresie 12 miesięcy przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
3. **Choroba psychiczna** - choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
4. **Data rozwiązania umowy o pracę** - data wskazana w oświadczeniu **Pracodawcy** o wypowiedzeniu umowy o pracę jako data, w której nastąpi rozwiązanie stosunku pracy.
5. **Dziecko** - każde (w tym przysposobione) dziecko **Ubezpieczonego** lub jego **Partnera**, jeżeli w chwili wystąpienia **Zdarzenia Ubezpieczeniowego** jest ono stanu wolnego, pozostaje na utrzymaniu **Ubezpieczonego** lub jego **Partnera**) i ma nie więcej niż 18 lat albo 26 lat o ile kontynuuje naukę.
6. **Grupa** - Ubezpieczeni objęci ochroną w ramach jednej **Umowy grupowego ubezpieczenia na życie**.
7. **Hospitalizacja** - pobyt **Ubezpieczonego** w **Szpitalu**, w trakcie, którego **Ubezpieczony** poddał się leczeniu obrażeń doznanych w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Nagłego zachorowania**. W rozumieniu niniejszych OWU dzień pobytu w **Szpitalu** oznacza każdy dzień kalendarzowy, w którym **Ubezpieczony** przebywał w **Szpitalu**, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień przyjęcia, a za ostatni, dzień wypisu ze **Szpitala**.
8. **Konsultacja lekarza specjalisty** - konsultacje u następujących lekarzy specjalistów oraz ich odpowiedników pediatrycznych: dermatolog, kardiolog, ortopeda, neurolog, ginekolog, laryngolog, endokrynolog, okulista, urolog, nefrolog w formie stacjonarnej lub teleporady.
9. **Lekarz** - osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
10. **Lekarz uprawniony** - Lekarz konsultant **Centrum Operacyjnego**.
11. **Małżonek** - osoba, która w dniu zajścia **Zdarzenia ubezpieczeniowego** pozostawała z **Ubezpieczonym** w związku małżeńskim.
12. **Miejsce zamieszkania** - adres zameldowania lub zwykłego pobytu **Ubezpieczonego** na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

13. **Nagle zachorowanie** - stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu **Ubezpieczonego**, wymagający pomocy lekarskiej, zaistniały po raz pierwszy z tytułu danej choroby w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
14. **Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli **Ubezpieczonego** zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania **Ubezpieczonego** ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią przyczyną zajścia **Zdarzenia ubezpieczeniowego**. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała **Nieszczęśliwy wypadek** nie uważa się choroby ani **Choroby psychicznej**.
15. **Okres karencji** - oznacza okres liczony od dnia przystąpienia **Ubezpieczonego** do **Umowy ubezpieczenia**, w którym odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** z tytułu danego **Zdarzenia ubezpieczeniowego** nie rozpoczyna się, mimo objęcia **Ubezpieczonego** ochroną ubezpieczeniową. Po upływie okresu karencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela powstaje na zasadach określonych w OWU.
16. **Okres rozliczeniowy** - na potrzeby **Umowy grupowego ubezpieczenia na życie** okres pomiędzy następującymi po sobie Dniami wymagalności składki.
17. **Okres ubezpieczenia** - okres rozpoczynający się pierwszego dnia najbliższego **Okresu rozliczeniowego** i trwający do końca **Okresu rozliczeniowego**, za który została opłacona składka, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
18. **Partner** - osoba niebędąca w związku małżeńskim, pozostająca z **Ubezpieczonym** w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z **Ubezpieczonym** w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub przysposobienia, wskazana w zgłoszeniu do objęcia ochroną ubezpieczeniową. Jeśli **Ubezpieczony** pozostaje w związku małżeńskim, nie może wskazać do ubezpieczenia **Partnera**.
19. **Placówka medyczna** - **Szpital**, przychodnia lub gabinet lekarski działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej na terytorium państw Unii Europejskiej.
20. **Pracodawca** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która jest ubezpieczającym w ramach **Umowy grupowego ubezpieczenia na życie**, do której przystąpił **Pracownik**.
21. **Pracownik** - osoba zatrudniona przez **Pracodawcę** na podstawie umowy o pracę lub pozostająca z **Pracodawcą** w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Ubezpieczającego lub sam Właściciel.
22. **Program Assistance** - program organizowany przez Ubezpieczającego, polegający na umożliwieniu przystąpienia do ubezpieczenia oferowanego na podstawie **Umowy ubezpieczenia** zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem.
23. **Rocznica polisy** - każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności, chyba że strony postanowiły o jej przesunięciu.
24. **Rok polisowy** - okres od dnia rocznicy Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę tej umowy.
25. **Sprzęt rehabilitacyjny** - drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie, zgodnie z Załącznikiem nr 2 do niniejszych OWU.
26. **Szpital** - zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Termin ten nie obejmuje jednak domów opieki dla przewlekle chorych, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych i narkotykowych, ośrodków sanatoryjnych i wypoczynkowych, jak również oddziałów, ośrodków i szpitali rehabilitacyjnych, ośrodków typu SPA.
27. **Transport medyczny** - transport zapewniony **Ubezpieczonemu** przez **Centrum Operacyjne** w sposób wskazany przez **Lekarza uprawnionego**, dostosowany do stanu zdrowia i świadczony, jeżeli stan zdrowia **Ubezpieczonego** nie zagraża życiu i nie wymaga interwencji zespołu ratownictwa medycznego.

28. **Ubezpieczony - Pracownik**, objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach **Umowy grupowego ubezpieczenia na życie**, który przystąpił do **Umowy ubezpieczenia** w trybie określonym w niniejszym OWU; w Wariantcie TOP i PREMIUM **Ubezpieczonymi** są również członkowie najbliższej rodziny **Ubezpieczonego** (**Małżonek, Partner** oraz **Dzieci**).
29. **Umowa grupowego ubezpieczenia na życie** - każda umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na życie S.A. i podmiotem trzecim, jako ubezpieczającym, na podstawie, której ubezpieczeniem na życie jest objęty **Pracownik**.
30. **Umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia grupowego zawarta pomiędzy **Ubezpieczającym** a **Ubezpieczycielem**, której dotyczą niniejsze OWU.
31. **Wariant ochrony** - wskazany przez **Ubezpieczonego** jeden z 3 wariantów ochrony różniący się zakresem ochrony: (i) LIGHT, (ii) TOP, (iii) PREMIUM.
32. **Właściciel** - osoba fizyczna, w tym wspólnik spółki cywilnej, prowadząca działalność gospodarczą, występująca w **Umowie grupowego ubezpieczenia na życie** jako ubezpieczający albo też wspólnik niemającej osobowości prawnej spółki prawa handlowego będącej ubezpieczającym w **Umowie grupowego ubezpieczenia na życie**.
33. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - zdarzenie, do którego doszło w **Okresie ubezpieczenia** objęte odpowiedzialnością **Ubezpieczyciela** na podstawie **Umowy ubezpieczenia**.

§3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zorganizowanie i sfinansowanie pomocy **Ubezpieczonym** w razie zajścia określonego w OWU **Zdarzenia ubezpieczeniowego**, w zakresie określonym w niniejszych OWU.
2. **Ubezpieczyciel** spełni świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu **Umowy ubezpieczenia** jedynie w przypadku, gdy **Zdarzenie ubezpieczeniowe** nastąpiło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia w ramach **Umowy ubezpieczenia** obejmuje:
 - 3.1. Świadczenia polegające na udzieleniu pomocy **Ubezpieczonemu**, w razie wystąpienia następującego **Zdarzenia ubezpieczeniowego**:
 - (a) Wystąpienie u **Ubezpieczonego** **Nagłego zachorowania** po upływie **Okresu karencji** wynoszącego 30 dni od dnia przystąpienia do **Umowy ubezpieczenia** (istnienie okresu karencji zostało uwzględnione w wysokości należnej składki);
 - (b) Doznanie przez **Ubezpieczonego** obrażeń ciała będących następstwem **Nieszczęśliwego wypadku**;
 - (c) Utrata pracy przez **Ubezpieczonego** o ile **Ubezpieczony** miał zawartą umowę o pracę na czas nieokreślony lub określony z wyłączeniem umów zawartych na okres próbny, jeśli wypowiedzenie następuje z przyczyn dotyczących **Pracodawcy** (zakres ten nie dotyczy innych form zatrudnienia niż stosunek pracy);
 - 3.2. Zdrowotne usługi informacyjne;
 - 3.3. Świadczenie dodatkowe - Teleopieka;
 - 3.4. Pakiet *Concierge*.
4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 3.1 ppkt. (a) i (b) **Ubezpieczyciel** zapewni **Ubezpieczonemu** organizację i pokrycie kosztów poniższych usług:
 - 4.1. **transport medyczny z miejsca pobytu do odpowiedniej Placówki medycznej** - jeżeli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Nagłego zachorowania** zaistnieje konieczność przewiezienia **Ubezpieczonego** do **Placówki medycznej**, **Centrum Operacyjne** zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów takiego transportu. O wyborze środka transportu decyduje **Lekarz uprawniony** biorąc pod uwagę stan zdrowia **Ubezpieczonego**. Transport jest organizowany, o ile

stan zdrowia **Ubezpieczonego** nie wymaga interwencji zespołu ratownictwa medycznego. W odniesieniu do **Ubezpieczonego** świadczenie może zostać spełnione nie więcej niż dwukrotnie w przypadku Wariantu LIGHT lub pięciokrotnie w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM, w trakcie **Roku polisowego**. Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**;

- 4.2. **transport medyczny z Placówki medycznej do miejsca pobytu** - jeżeli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Nagłego zachorowania Ubezpieczonego** był hospitalizowany przez minimum 72 godziny i zgodnie z pisemnym zaleceniem **Lekarza** prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego** wymaga transportu ze **Szpitala** do miejsca zamieszkania albo miejsca wskazanego przez **Ubezpieczonego** zlokalizowanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pod warunkiem, że wskazane przez **Ubezpieczonego** miejsce znajduje się bliżej **Placówki medycznej**, w której znajduje się **Ubezpieczony**. **Centrum Operacyjne** zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu. O zasadności świadczenia oraz wyborze środka transportu decyduje **Lekarz uprawniony**. W odniesieniu do **Ubezpieczonego** świadczenie może zostać spełnione nie więcej niż dwukrotnie w przypadku Wariantu LIGHT lub pięciokrotnie w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM, w trakcie **Roku polisowego**. Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**;
- 4.3. **transport medyczny między placówkami medycznymi** - jeżeli **Placówka medyczna**, w której **Ubezpieczony** znalazł się w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Nagłego zachorowania** nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do jego stanu zdrowia lub **Ubezpieczony** jest skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej **Placówki medycznej**, **Centrum Operacyjne** zorganizuje i pokryje koszty transportu, na pisemne zalecenie **Lekarza** prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego**. O środku transportu decyduje **Lekarz uprawniony** w porozumieniu z **Lekarzem** prowadzącym leczenie **Ubezpieczonego**. Transport odbywa się do wskazanej przez **Lekarza** prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego**, **Placówki medycznej** mogącej zapewnić **Ubezpieczonemu** adekwatną do jego stanu zdrowia opiekę lub przeprowadzić niezbędną dla jego stanu zdrowia diagnostykę. W odniesieniu do **Ubezpieczonego** świadczenie może zostać spełnione nie więcej niż dwukrotnie w przypadku Wariantu LIGHT lub pięciokrotnie w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM, w trakcie **Roku polisowego**. Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**;
- 4.4. **dostarczenie do miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (lub w inne miejsce) leków zaordynowanych przez lekarza** - **Ubezpieczyciel** za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** organizuje i pokrywa do wysokości 650 zł w przypadku Wariantu LIGHT oraz 1.250 zł w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM (wskazane w tym zdaniu limity kwotowe dotyczą każdego jednego **Roku polisowego**, a limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**), koszty dostarczenia leków i drobnego sprzętu medyczno-lekarskiego do miejsca zamieszkania **Ubezpieczonego**, przepisanych przez **Lekarza** podczas wizyty lekarskiej organizowanej przez **Centrum Operacyjne**, jako następstwo **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Nagłego zachorowania**. Koszty leków i sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego pokrywa **Ubezpieczony**;
- 4.5. **organizacja procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt (rehabilitacja w domu lub w innym miejscu) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** - jeżeli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego**, zgodnie z pisemnym zaleceniem **Lekarza** prowadzącego leczenie, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, **Centrum Operacyjne** zorganizuje i pokryje do kwoty 500 zł w przypadku

Wariantu LIGHT, 3.000 zł w przypadku Wariantu TOP, 5 000 zł w przypadku Wariantu PREMIUM, koszty:

- (a) wizyt fizjoterapeuty w miejscu pobytu/zamieszkania **Ubezpieczonego** albo
- (b) transportu do najbliższego miejsca pobytu/zamieszkania **Ubezpieczonego** poradni rehabilitacyjnej oraz wizyty w poradni rehabilitacyjnej; w przypadku transportu do poradni rehabilitacyjnej, o wyborze środka transportu **decyduje Lekarz uprawniony** w porozumieniu z **Lekarzem** prowadzącym leczenie **Ubezpieczonego**.

Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**;

4.6. **organizacja Konsultacji lekarza specjalisty oraz pokrycie kosztów wizyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w następstwie Nagłego Zachorowania lub Nieszczęśliwego Wypadku** - jeżeli w następstwie **Nagłego Zachorowania** lub **Nieszczęśliwego Wypadku**, wymagana jest konsultacja, **Centrum Operacyjne** zorganizuje i pokryje koszty **Konsultacji lekarza specjalisty** dla pakietu PREMIUM. W ciągu **Roku polisowego** możliwe jest zorganizowanie maksymalnie 5 wizyt lekarzy specjalistów; limit liczby wizyt jest wspólny i dotyczy łącznie - **Pracownika** oraz wszystkich członków jego rodziny będących **Ubezpieczonymi**. Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**;

4.7. **organizacja procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt (rehabilitacja w domu lub w innym miejscu) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w następstwie Nagłego zachorowania** - jeżeli w następstwie **Nagłego Zachorowania Ubezpieczonego**, zgodnie z pisemnym zaleceniem **Lekarza** prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, **Centrum Operacyjne** zorganizuje i pokryje do kwoty 1000 zł, w ciągu **Roku polisowego**, wyłącznie w ramach Wariantu PREMIUM koszty:

- (a) wizyt fizjoterapeuty w miejscu pobytu/zamieszkania **Ubezpieczonego** albo
- (b) transportu do najbliższego miejsca pobytu/zamieszkania **Ubezpieczonego** poradni rehabilitacyjnej oraz wizyty w gabinecie rehabilitacyjnym. W przypadku transportu do poradni rehabilitacyjnej, o wyborze środka transportu **decyduje Lekarz uprawniony** w porozumieniu z **Lekarzem** prowadzącym leczenie **Ubezpieczonego**.

Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**;

4.8. **organizacja wypożyczenia albo organizacja zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** - wypożyczenie, dostarczenie lub zakup **Sprzętu rehabilitacyjnego** na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; jeżeli w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku**, **Ubezpieczonego** wymaga leczenia lub rehabilitacji zgodnie, z zaleceniami **Lekarza** prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego**, **Centrum Operacyjne**:

- (a) zorganizuje i pokryje koszty transportu **Sprzętu rehabilitacyjnego** do domu **Ubezpieczonego** do kwoty 650 zł w przypadku Wariantu LIGHT oraz 2.250 zł w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM oraz
- (b) zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia **Sprzętu rehabilitacyjnego** do kwoty 650 zł w przypadku Wariantu LIGHT oraz 2.250 zł w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM lub zorganizuje zakup **Sprzętu rehabilitacyjnego**, przy czym koszt zakupu **Sprzętu rehabilitacyjnego** pokrywa **Ubezpieczony**.

Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**;

4.9. **wizyta Lekarza w domu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - Ubezpieczyciel** za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** organizuje i pokrywa koszty wizyty **Lekarza** pierwszego kontaktu w miejscu zamieszkania **Ubezpieczonego** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Nagłego zachorowania Ubezpieczonego**, jeżeli z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja zespołu ratownictwa medycznego. W odniesieniu do **Ubezpieczonego** świadczenie może zostać spełnione nie więcej niż dwukrotnie w przypadku Wariantu LIGHT lub pięciokrotnie w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM, w trakcie **Roku polisowego**. Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**;

4.10. **wizyta pielęgniarki w domu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - Ubezpieczyciel** za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** organizuje i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu zamieszkania **Ubezpieczonego** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Nagłego zachorowania Ubezpieczonego**; o konieczności wizyty pielęgniarki decyduje **Lekarz** pierwszego kontaktu, skierowany przez **Centrum Operacyjne** lub **Lekarz uprawniony**. W odniesieniu do **Ubezpieczonego** świadczenie może zostać spełnione nie więcej niż dwukrotnie w przypadku Wariantu LIGHT lub pięciokrotnie w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM, w trakcie **Roku polisowego**. Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**.

W odniesieniu do ust. 4.6, 4.9 i 4.10, zamiast wizyty **Lekarza** albo pielęgniarki w domu **Ubezpieczyciel** może zaproponować skorzystanie z usługi w formule teleporady - odpowiednio **Lekarza** albo pielęgniarki. Wykonania usługi w formie teleporady zażądać może również **Ubezpieczony**.

Skorzystanie z jednej teleporady **Lekarza** w domu zmniejsza limit dostępnych wizyt **Lekarza** o jedną ale jednocześnie powstaje uprawnienie do jednej dodatkowej teleporady **Lekarza**.

Skorzystanie z jednej teleporady pielęgniarki zmniejsza limit dostępnych wizyt pielęgniarki w domu o jedną ale jednocześnie powstaje uprawnienie do jednej dodatkowej teleporady **Lekarza**.

Ubezpieczony ma jednak prawo do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z **Lekarzem** lub pielęgniarką w ramach wizyty domowej. Ponadto, jeśli w toku udzielania teleporady **Lekarz** lub pielęgniarka wspólnie z **Ubezpieczonym** ustalą, iż z uwagi na stan zdrowia **Ubezpieczonego** świadczenie zdrowotne nie jest możliwe do zrealizowania w formie teleporady, świadczenie zostanie udzielone w formie wizyty w domu. W tych wypadkach skorzystanie z usług w formie teleporady nie będzie skutkowało zmniejszeniem limitu dostępnych do wykorzystania świadczeń.

Powyższe ma również zastosowanie w przypadku, gdy propozycja realizacji usługi w formie skorzystanie z teleporady wynika z panującym stanem zagrożenia epidemiologicznego lub stanem epidemii i wynika z konieczności zapobiegania szerzeniu się zachorowań na chorobę zakaźną.

Szczegółowe zasady udzielania teleporad:

- Teleporada może zostać zaproponowana w przypadku: przeziębień, bólu brzucha, wysypkach, porażeniu słonecznym, drobnych oparzeniach, drobnych urazach, w przypadku bólu pleców, przy infekcjach dróg moczowych bez podwyższonej temperatury ciała, przy zapaleniu ucha oraz oka.
- Teleporady nie mogą być przeprowadzane:
 - (a) dla osób do lat 16-tu bez nadzoru rodziców,
 - (b) w przypadku zdarzeń wymagających bezpośredniego kontaktu z pacjentem,
 - (c) w przypadkach nagłych jak poparzenia, bóle w klatce piersiowej, złamania oraz w stanie zagrożenia życia.

- **Centrum Operacyjne** przeprowadza kwalifikację pacjentów mogących skorzystać z usługi, ostateczną decyzję o jej przeprowadzeniu podejmuje **Lekarz**.
 - **Centrum Operacyjne** nie może zorganizować i realizować teleporad bez uzyskania wyraźnej zgody **Ubezpieczonego**.
 - W przypadku wyrażenia zgody przez **Ubezpieczonego Centrum Operacyjne** organizuje usługę.
 - Terminy teleporad ustalane są w przedziale godzinowym 8:00-22:00, przy czym zgłoszenie przez **Ubezpieczonego** chęci skorzystania z teleporady możliwe jest w trybie 24h.
 - Forma przeprowadzenia teleporady wybierana jest przez **Ubezpieczonego**: telefon, video, czat.
 - **Centrum Operacyjne** zapewnia teleporadę w języku polskim i angielskim.
 - **Centrum Operacyjne** zapewnia, że teleporady będą realizowane przez lekarza posiadającego stosowne uprawnienia do udzielania świadczeń medycznych zgodnie z obowiązującym prawem polskim.
- 4.11. **opieka nad Dziećmi i osobami niesamodzielnymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.** **Ubezpieczyciel** za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** organizuje i pokrywa koszty opieki nad **Dziećmi**, osobami starszymi i niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania **Ubezpieczonego**, pod warunkiem, że **Ubezpieczony** jest hospitalizowany wskutek **Nieszczęśliwego wypadku** i pełni rolę rodzica lub opiekuna osoby starszej bądź niesamodzielnej. W odniesieniu do **Ubezpieczonego** świadczenie może zostać spełnione nie więcej niż dwukrotnie w przypadku Wariantu LIGHT lub czterokrotnie w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM, w trakcie **Roku polisowego**, przy czym jednorazowa usługa opiekuńcza nie może trwać dłużej niż 24 godziny. Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**;
- 4.12. **opieka nad zwierzętami na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej** - Jeżeli **Ubezpieczony** jest hospitalizowany i brak jest osoby, która mogłaby zaopiekować się pozostawionymi bez opieki zwierzętami domowymi, **Centrum Operacyjne** zorganizuje i pokryje koszty opieki nad zwierzętami pozostawionymi w miejscu pobytu **Ubezpieczonego** bądź organizuje oraz pokrywa koszty przewozu zwierząt domowych do osoby wskazanej przez **Ubezpieczonego** lub hotelu dla zwierząt. W przypadku, gdy zwierzęciem domowym jest pies, warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez **Ubezpieczonego** lub osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia. W odniesieniu do **Ubezpieczonego** świadczenie może zostać spełnione nie więcej niż dwukrotnie w przypadku Wariantu LIGHT lub czterokrotnie w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM, w trakcie **Roku polisowego**, przy czym jednorazowa usługa opiekuńcza nie może trwać dłużej niż 24 godziny. Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**;
- 4.13. **organizacja i dostarczenie zakupów do domu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.** Jeżeli **Ubezpieczony** w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Nagłego zachorowania** przebywał w **Szpitalu** przez okres co najmniej 7 dni, **Centrum Operacyjne**, po zakończeniu **Hospitalizacji**, zorganizuje i pokryje, do kwoty 650 zł w przypadku Wariantu LIGHT oraz 2.500zł w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM (wskazane w tym zdaniu limity kwotowe dotyczą każdego jednego **Roku polisowego**), koszty dostarczenia zakupów do miejsca zamieszkania **Ubezpieczonego**. Koszty zakupionych towarów ponosi **Ubezpieczony**. Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**;
- 4.14. **pomoc położnej lub pielęgniarki przy opiece nad nowonarodzonym dzieckiem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej** - Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania **Ubezpieczonego** w okresie 1 miesiąca od daty narodzin dziecka **Ubezpieczonego**. W ramach świadczenia **Ubezpieczonemu** przysługują świadczenia informacyjne w zakresie:

- (a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia,
- (b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka, porady w razie problemów z laktacją;
- (c) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu,
- (d) edukację w zakresie szczepień ochronnych.

W odniesieniu do **Ubezpieczonego** świadczenie może zostać spełnione nie więcej niż trzykrotnie w przypadku Wariantu LIGHT lub czterokrotnie w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM, w trakcie **Roku polisowego**. Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**.

5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 3.1 ppkt. (c) **Ubezpieczyciel** gwarantuje **Ubezpieczonemu**, organizację i pokrycie kosztów poniższych usług:

5.1 **pomoc informacyjna w przypadku utraty pracy**. **Centrum Operacyjne** po otrzymaniu od **Ubezpieczonego** kopii dokumentu potwierdzającego rozwiązanie umowy o pracę, prześle do **Ubezpieczonego** drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:

- (a) instrukcje dotyczące pisania CV oraz wzór życiorysu,
- (b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego (prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz jego wzór,
- (c) instrukcje dotyczące pisania biznes planu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej.

5.2 **informacja telefoniczna - Ubezpieczony** ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:

- (a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie pracodawcy;
- (b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
- (c) prawa i obowiązki bezrobotnych;
- (d) rejestracja w urzędzie pracy;
- (e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
- (f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
- (g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
- (h) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- (i) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
- (j) dokumenty i procedury, konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.

5.3 **aktywne poszukiwanie pracy - Centrum Operacyjne** przekaże otrzymane od **Ubezpieczonego** dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla **Ubezpieczonego**, adekwatnych do informacji zawartych w CV oraz liście motywacyjnym. Z chwilą dopasowania oferty pracy, biuro pośrednictwa lub **Centrum Operacyjne** niezwłocznie prześlą ofertę do **Ubezpieczonego**.

5.4 **pomoc psychologa** - jeżeli w przypadku utraty pracy przez **Ubezpieczonego** **Lekarz uprawniony** zaleci wizytę u psychologa, **Centrum Operacyjne** zorganizuje i pokryje, do wysokości 500 zł w przypadku Wariantu LIGHT i 2.000 zł w przypadku Wariantu TOP i PREMIUM; koszty takiej wizyty w terminie uzgodnionym przez **Ubezpieczonego**. Limit niewykorzystany w danym **Roku polisowym** nie powiększa wysokości limitów w kolejnych **Latach polisowych**.

Warunkiem uzyskania świadczeń wymienionych w ust. 5 pkt. 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 jest zajście **Zdarzenia ubezpieczeniowego** potwierdzonego oświadczeniem dokumentującym wypowiedzenie umowy o pracę z przyczyn leżących po stronie **Pracodawcy** z zachowaniem postanowień § 4.

6. Usługi wymienione w ust. 4, 5 świadczone są do łącznej kwoty 5.000 złotych w **Roku polisowym**.
7. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wynikających z **Umowy ubezpieczenia** przekroczy limit kosztów określony w OWU, może być ona wykonana przez Ubezpieczyciela, o ile **Ubezpieczony**, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Ubezpieczyciela limitem.
8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 3.2 Ubezpieczyciel gwarantuje **Ubezpieczonemu** dostęp do telefonicznej informacji lekarskiej z **Lekarzem** internistą lub **Lekarzem** pediatrą. **Centrum Operacyjne** zapewni **Ubezpieczonemu** lub jego przedstawicielowi ustawowemu możliwość rozmowy z **Lekarzem** internistą/pediatrą, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli **Ubezpieczonemu** lub jego opiekunowi ustawowemu ustnej informacji (niemającej charakteru diagnostycznego) obejmującej:
 - 8.1 informacje o zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych, tj. dotyczące otyłości, nadciśnienia, chorób rzadkich, procedur diagnostycznych, objawów chorób, procedur terapeutycznych, sposobów diagnozowania, opisów badań, sposobów przygotowania do badań, przybliżonych cen badań diagnostycznych, sposobów zapobiegania chorobom, ich przyczyn i leczenia;
 - 8.2 informacje o zachowaniach prozdrowotnych, tj. o sposobach zdrowego życia, poglądach Lekarzy na sposoby odchudzania się, jak również o ćwiczeniach, sporcie i sposobach zdrowego spędzania wolnego czasu;
 - 8.3 informacje o **Szpitalach**, aptekach, przychodniach, **Lekarzach** znajdujących się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, tj. dotyczące dostępu do **Szpitali**, aptek, przychodni, **Lekarzy** prowadzących praktykę prywatną itp. z uwzględnieniem lokalizacji geograficznej, profilu usług medycznych oraz lekarskich wizytach domowych;
 - 8.4 informacje o lekach oraz objawach niepożądanych przy ich przyjmowaniu tj. o lekach dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ich dostępności, działaniu, nazwach handlowych oraz zamiennikach leków;
 - 8.5 konsultacje w zakresie objawów niepożądanych wynikających z przyjmowania leków;
 - 8.6 informacje o dietach, zdrowym żywieniu tj. o rekomendacjach specjalistów z zakresu stosowania diet oraz zdrowego żywienia;
 - 8.7 informacje o grupach wsparcia, telefonach zaufania dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i świadczących pomoc w przypadkach molestowania w pracy, problemów zdrowotnych, chorób przewlekłych czy w radzeniu sobie z problemami życia codziennego;
 - 8.8 informacje o stanach wymagających nagłej pomocy - pomoc informacyjna w nagłych wypadkach, takich jak: użądlenie przez pszczołę, poparzenie słoneczne, etc.
9. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 3.3 i w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Nagłego zachorowania** **Ubezpieczyciel** gwarantuje **Ubezpieczonemu** dostęp do **Teleopieki** poprzez organizację i pokrycie kosztów instalacji terminala alarmowego służącego do natychmiastowego połączenia z **Centrum Operacyjnym**, gdzie **Ubezpieczony** może:
 - 9.1 zgłosić zaistnienie **Zdarzenia ubezpieczeniowego**, w celu skorzystania z innych świadczeń przysługujących na podstawie OWU;
 - 9.2 wezwać służby ratunkowe;
 - 9.3 przekazać wiadomość osobom bliskim tj. Wskazanym przez **Ubezpieczonego** za jego zgodą;
 - 9.4 jeżeli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Nagłego zachorowania** zaistnieje konieczność zapewnienia **Ubezpieczonemu** terminala alarmowego, **Centrum Operacyjne** zapewni

zorganizowanie, montaż i pokrycie kosztów działania takiego urządzenia w okresie do 60 dni w przypadku Wariantu LIGHT i 90 dni w przypadku wariantu TOP i PREMIUM. O zasadności świadczenia oraz wyborze dostawcy i rodzaju urządzenia decyduje **Lekarz uprawniony** na podstawie analizy stanu zdrowia **Ubezpieczonego**.

10. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 3.4 Ubezpieczyciel zapewni świadczenie **Ubezpieczonemu** następujących dodatkowych usług *concierge*:
- 10.1 udzielanie informacji o podróżach, turystyce i pogodzie w miejscu docelowym podróży - Ubezpieczyciel za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** przekazuje **Ubezpieczonemu** telefonicznie informacje o warunkach drogowych, informacje w zakresie dokumentów wymaganych podczas podróży, informacje o atrakcjach turystycznych i pogodzie;
 - 10.2 udzielanie informacji o rozrywkach i wydarzeniach kulturalnych - Ubezpieczyciel za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** przekazuje **Ubezpieczonemu** telefonicznie informacje o imprezach kulturalnych: koncertach, repertuarach kin, teatrów;
 - 10.3 udzielanie informacji sportowych - Ubezpieczyciel za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** przekazuje **Ubezpieczonemu** telefonicznie informacje o możliwościach uprawiania dyscyplin sportowych w danym regionie, wypożyczalniach sprzętu sportowego, terminach i wynikach rozgrywek sportowych;
 - 10.4 udzielanie informacji komunikacyjnych - Ubezpieczyciel za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** przekazuje **Ubezpieczonemu** telefonicznie informacje o stacjach benzynowych, najbardziej dogodnych trasach przejazdu i objazdach, czasie oczekiwania na przejściach granicznych, rozkładach połączeń komunikacyjnych;
 - 10.5 udzielanie informacji teleadresowych - Ubezpieczyciel za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** przekazuje **Ubezpieczonemu** telefonicznie informacje o adresach urzędów, instytucji publicznych, firm;
 - 10.6 organizacja zakupu i dostarczenia zakupów, kwiatów, prezentów - Ubezpieczyciel za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** i na życzenie **Ubezpieczonego** organizuje zakup i dostarczenie zakupów, kwiatów czy prezentów pod wskazany przez **Ubezpieczonego** adres;
 - 10.7 organizacja rezerwacji, zakupu i dostarczenia biletów do kin, teatrów, opery, na koncerty i inne imprezy kulturalne i sportowe - Ubezpieczyciel za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** i na życzenie **Ubezpieczonego** organizuje rezerwację, zakup i dostarczenie biletów do kin, teatrów, na koncerty i inne imprezy kulturalne i sportowe pod wskazany przez **Ubezpieczonego** adres;
 - 10.8 organizacja rezerwacji, zakupu i dostarczenia biletów kolejowych lub lotniczych - Ubezpieczyciel za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** i na życzenie **Ubezpieczonego** organizuje rezerwację, zakup i dostarczenie biletów kolejowych lub lotniczych pod wskazany przez **Ubezpieczonego** adres;
 - 10.9 organizacja opieki nad Dziećmi - Ubezpieczyciel za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** i na życzenie **Ubezpieczonego** organizuje opiekę nad Dziećmi **Ubezpieczonego** we wskazanym przez niego miejscu;
 - 10.10 organizacja usług samochodowych - Ubezpieczyciel za pośrednictwem **Centrum Operacyjnego** i na życzenie **Ubezpieczonego** organizuje usługi samochodowe dotyczące pojazdu należącego do **Ubezpieczonego**, m.in. wymianę opon, mycie, przeglądy, naprawę;
 - 10.11 rezerwacje w hotelach, restauracji, klubach sportowych, w stacji obsługi pojazdów.
11. Koszty zakupionych towarów, biletów, materiałów użytych w trakcie wykonywania usługi, koszty dostarczenia oraz koszty świadczenia, zorganizowanych przez **Centrum Operacyjne** usług pokrywa **Ubezpieczony**. Informacja o przewidywanym koszcie zakupu, usługi oraz dostarczenia jest przekazywana **Ubezpieczonemu** przez **Centrum Operacyjne** przed realizacją świadczenia.

12. Zakres ubezpieczenia obejmuje świadczenia - w zależności od **Wariantu ochrony**, których opis znajduje się w Załączniku Nr 1 do niniejszych OWU.

§4. Przystąpienie do ubezpieczenia i rezygnacja z ubezpieczenia

1. Ubezpieczeniem mogą być objęte osoby, które:
 - 1.1 są objęte ochroną w ramach **Umowy grupowego ubezpieczenia na życie**,
 - 1.2 wypełniły zgłoszenie przystąpienia do ubezpieczenia i przekazały je **Ubezpieczającemu**.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego **Ubezpieczonego** rozpoczyna się pierwszego dnia najbliższego **Okresu rozliczeniowego**.
3. Zmiana **Wariantu** przez **Ubezpieczonego** następuje w oparciu o zgłoszenie wypełnione przez **Ubezpieczonego** i przekazane **Ubezpieczającemu**. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach nowego **Wariantu** rozpoczyna się pierwszego dnia najbliższego **Okresu rozliczeniowego**.
4. Zmiana wariantu ubezpieczenia może zostać dokonana jeden raz w każdym roku polisowym. W przypadku zmiany wariantu **Okres karencji** wynosi 30 dni i jest liczony od dnia rozpoczęcia najbliższego **Okresu rozliczeniowego** następującego po dniu złożenia oświadczenia o zmianie wariantu. **Okres karencji** ma zastosowanie wyłącznie do dodatkowego zakresu ochrony wynikającego ze zmiany wariantu.
5. W przypadku złożenia przez **Ubezpieczonego** pisemnego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa będzie trwała do końca okresu, za który została opłacona składka. Wraz z upływem takiego okresu, **Okres Ubezpieczenia** nie będzie podlegał przedłużeniu. Oświadczenie, o którym mowa powyżej powinno zostać złożone **Ubezpieczającemu**.

§5. Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** jest wyłączona w przypadku wystąpienia **Zdarzeń ubezpieczeniowych**:
 - 1.1 które wystąpiły poza terytorium państw Unii Europejskiej;
 - 1.2 usług świadczonych poza terytorium państw Unii Europejskiej.
2. Ponadto **Ubezpieczyciel** nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową:
 - 2.1 kosztów poniesionych przez **Ubezpieczonego** bez uprzedniego powiadomienia i autoryzowania ich przez **Centrum Operacyjne** nawet, gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że skontaktowanie się z **Centrum Operacyjnym** nie było obiektywnie możliwe z przyczyn niezależnych od **Ubezpieczonego**, w szczególności na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej;
 - 2.2 kosztów zakupu leków (odpowiedzialnością nie są objęte braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 2.3 Koszty organizacji zakupu lub organizacji wypożyczenia **Sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli zostały one pokryte lub kwalifikują się do pokrycia w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego lub społecznego, nie podlegają zwrotowi, chyba że **Ubezpieczony** wystąpił o refundację i otrzymał decyzję odmowną lub refundacja została przyznana w kwocie niższej niż poniesiony wydatek - w takim przypadku zwrotowi podlega różnica pomiędzy poniesionym wydatkiem a uzyskaną refundacją.
 - 2.4 Zdarzeń powstałych w wyniku:
 - (a) działania przez **Ubezpieczonego** w stanie po spożyciu alkoholu lub zażycia narkotyków, leków lub innych substancji odurzających bądź uzależniających, o ile nie zostały przepisane przez **Lekarza**, chyba, że nie występuje związek przyczynowy między ww. stanem a wystąpieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego; za działanie w stanie po spożyciu alkoholu uważa się jakiegokolwiek działanie w sytuacji, gdy zawartość alkoholu w organizmie **Ubezpieczonego**

- wynosi lub prowadzi do stężenia alkoholu we krwi powyżej 0,2 ‰, albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- (b) rozpylania, wykorzystywania lub wycieku szkodliwych substancji biologicznych lub chemicznych o działaniu patogenetycznym lub rakotwórczym;
 - (c) **Chorób przewlekłych** lub chorób o podłożu psychicznym, psychologicznym lub neurologicznym oraz urazów powstałych na skutek chronicznego przeciążenia mięśni i ścięgien spowodowanych monotonią ruchów oraz ich leczenia;
 - (d) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS), rozpoznanego z pozytywnym wynikiem badania laboratoryjnego, potwierdzającym obecność wirusa HIV lub jakiegokolwiek jego formy, bez względu na sposób zarażenia się wirusem;
 - (e) wypadku statku powietrznego, na pokładzie, którego przebywał **Ubezpieczony**, z wyłączeniem podróży **Ubezpieczonego**, jako pasażera samolotu należącego do licencjonowanego przewoźnika pasażerskiego;
 - (f) bezpośredniego, świadomego i dobrowolnego udziału **Ubezpieczonego** w zamieszkach, rozruchach, niepokojach społecznych lub działaniach zakłócających porządek publiczny, chyba, że udział **Ubezpieczonego** w tych aktach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - (g) uprawiania wszelkich dyscyplin sportu przez osoby, które będąc członkami klubów, zrzeszeń lub jako sportowcy niezrzeszeni, uczestniczą w zawodach, rozgrywkach, turniejach lub innych formach rywalizacji, ukierunkowanej na uzyskanie najlepszego wyniku, otrzymując w zamian wynagrodzenie w dowolnej formie, włączając w to stypendia, świadczenia rzeczowe, diety, zasiłki, itp., stanowiące główne źródło utrzymania **Ubezpieczonego**;
 - (h) uprawiania sportów motorowych lub motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, baloniarstwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa oraz innych sportów powietrznych, wspinaczki, speleologii, skoków bungee, raftingu, sportów walki, skoków narciarskich, jazdy na nartach poza wyznaczonymi trasami, jazdy na nartach wodnych, jazdy konnej (z wyłączeniem jazdy rekreacyjnej, która nie ma elementu rywalizacji sportowej lub terapeutycznej), nurkowania na głębokości poniżej 30 m., kitesurfingu; włączając w to udział w zawodach, wyścigach, przygotowaniach i treningach;
 - (i) popełnienia przez **Ubezpieczonego** samobójstwa, próby samobójczej, celowego samookaleczenia, celowego podjęcia działań skutkujących narażeniem życia lub zdrowia (z wyjątkiem sytuacji, gdy **Ubezpieczony** czyni to dla ratowania ludzkiego życia, lub działanie to wynika z pełnionych przez **Ubezpieczonego** obowiązków służbowych);
 - (j) popełnienia lub próby popełnienia przez **Ubezpieczonego** przestępstwa;
 - (k) wojny, bez względu na to czy została wypowiedziana czy też nie, a także konsekwencji czynnego i dobrowolnego uczestnictwa **Ubezpieczonego** w jakichkolwiek akcjach terrorystycznych;
 - (l) stałej służby **Ubezpieczonego** jako pełnoetatowego członka sił zbrojnych jakiegokolwiek kraju lub organizacji międzynarodowej, a także, jako rezerwisty wezwanego do pełnienia stałej służby;
 - (m) prowadzenia przez **Ubezpieczonego** Pojazdu bez wymaganych uprawnień;
 - (n) nieskorzystania przez **Ubezpieczonego** z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile miało ono wpływ na zajście **Nieszczęśliwego wypadku** lub zwiększenie jego skutków;
 - (o) choroby, w przypadku, której **Ubezpieczony** otrzymał diagnozę bądź zalecenie leczenia, bądź konieczności przeprowadzenia leczenia przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu **Umowy ubezpieczenia**;
 - (p) ciąży lub porodu.

3. Z zakresu ubezpieczenia utraty pracy wyłączone są przypadki, w których:
- 3.1 do utraty pracy dochodzi w wyniku:
 - (a) rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron,
 - (b) wypowiedzenia umowy o pracę przez **Pracownika**,
 - (c) rozwiązania umowy o pracę w trybie dyscyplinarnym,
 - (d) rozwiązania umowy o pracę z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - (e) rozwiązania umowy o pracę związanego z przejściem na emeryturę/rentę,
 - (f) rozwiązania umowy o pracę w okresie pierwszych 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony w odniesieniu do danego **Ubezpieczonego**.
 - 3.2 **Ubezpieczony** pomimo utraty pracy świadczy pracę lub usługi na rzecz dotychczasowego **Pracodawcy** lub innego podmiotu na podstawie innej umowy np. umowy zlecenia, o dzieło lub innej umowy o podobnym charakterze.
 - 3.3 **Ubezpieczony** utracił prawo do zasiłku dla bezrobotnych z powodu odmowy, bez uzasadnionej przyczyny przyjęcia propozycji odpowiedniego zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej.
 - 3.4 W chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową **Ubezpieczony** wiedział lub mógł wiedzieć, że w okresie ubezpieczenia może utracić pracę - ma to miejsce, jeżeli w okresie sześciu miesięcy przed tym dniem albo w tym dniu zatrudniający go **Pracodawca** dokonał przynajmniej jednej z następujących czynności:
 - (a) złożył **Ubezpieczonemu** oświadczenie o rozwiązaniu lub wypowiedzeniu umowy o pracę;
 - (b) zakomunikował zakładowej organizacji związkowej zamiar wypowiedzenia **Ubezpieczonemu** umowy o pracę;
 - (c) zawiadomił zakładowe organizacje związkowe albo powiatowy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych;
 - (d) poinformował **Ubezpieczonego** o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego **Pracodawcę**.
4. Z zakresu usług polegających na: (i) organizacji procesu rehabilitacyjnego oraz pokryciu kosztów wizyt (rehabilitacja w domu lub w innym miejscu) w następstwie **Nagłego zachorowania** lub **Nieszczęśliwego Wypadku**, (ii) pokryciu kosztów **Konsultacji lekarza specjalisty** w następstwie **Nagłego Zachorowania** oraz **Nieszczęśliwego Wypadku**, zgodnie z par. 3 ust. 4 pkt. 4.5, 4.6 i 4.7 wyłączone są następujące przypadki:
- 4.1 Schorzenia zdiagnozowane, o których Ubezpieczony wiedział przed zgłoszeniem do objęcia ochroną ubezpieczeniową na podstawie **Umowy ubezpieczenia**;
 - 4.2 **Choroby przewlekłe**: bieżąca rehabilitacja w przypadku chorób przewlekłych, nieostrych (np. długotrwałe leczenie cukrzycy);
 - 4.3 Leczenie eksperymentalne: rehabilitacja obejmująca terapie eksperymentalne lub niesprawdzone;
 - 4.4 Usługi, które nie są uznawane za medycznie niezbędne przez wykwalifikowanego **Lekarza**;
 - 4.5 Rehabilitacja wymagana z powodu samookaleczenia lub próby samobójczej;
 - 4.6 Rehabilitacja w przypadku uzależnienia od narkotyków lub alkoholu;
 - 4.7 Rehabilitacja po planowej operacji kosmetycznej lub operacji plastycznej z wyjątkiem operacji plastycznych będących skutkiem poważnego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 4.8 Terapia mająca na celu nabycie umiejętności związanych z pracą lub z powodów innych niż medyczne;
 - 4.9 Długotrwała rehabilitacja lub opieka w domach opieki lub podobnych placówkach;
 - 4.10 Rehabilitacja po urazach odniesionych podczas wojny lub służby wojskowej;
 - 4.11 Rehabilitacja wymagana z powodu udziału w działalności działaniach sprzecznych z obowiązującym prawem;
 - 4.12 Leczenie psychiatryczne lub terapia psychologiczna;
 - 4.13 Usługi świadczone przez nielicencjonowane lub nieakredytowane placówki lub lekarzy;

- 4.14 Rehabilitacja w przypadku schorzeń powstałych w okresie oczekiwania na ubezpieczenie rozpoczęcie okresu ubezpieczeniowego.
5. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od **Ubezpieczyciela**, to jest: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.
6. Świadczenie ochrony i wypłata świadczeń odszkodowawczych lub dokonywanie innych płatności przez **Ubezpieczyciela** w zakresie oferowanej ochrony nie może powodować narażenia **Ubezpieczyciela** na naruszenie jakichkolwiek sankcji, zakazów lub ograniczeń wprowadzonych na podstawie rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub sankcji handlowych i gospodarczych, oraz regulacji Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Polski i Stanów Zjednoczonych.

§6. Roszczenie i realizacja świadczenia

1. W razie zaistnienia wystąpienia **Zdarzenia ubezpieczeniowego**, **Ubezpieczony** jest obowiązany niezwłocznie zgłosić się telefonicznie pod numer telefonu w Warszawie: (22) 568 98 20 do **Centrum Operacyjnego** i podać następujące informacje:
 - 1.1 status osoby zgłaszającej,
 - 1.2 PESEL **Ubezpieczonego**,
 - 1.3 imię i nazwisko **Ubezpieczonego**,
 - 1.4 miejsce pobytu osoby zgłaszającej,
 - 1.5 numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą,
 - 1.6 krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 1.7 inne informacje konieczne pracownikowi **Centrum Operacyjnego** do realizacji świadczeń Assistance.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 1 **Ubezpieczyciel** może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
3. Jeżeli świadczenie polega na organizacji wizyty **Lekarza** lub **pielęgniarki** w domu, bądź też **Konsultacji lekarza specjalisty**, **Ubezpieczyciel** dołoży należytych starań, aby zorganizować konsultację w terminie 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia. Termin ten ma charakter orientacyjny i nie stanowi gwarancji realizacji świadczenia w tym terminie. Brak możliwości organizacji konsultacji w tym terminie nie stanowi niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez **Ubezpieczyciela** i jest podstawą do refundacji kosztów wizyty zorganizowanej samodzielnie przez **Ubezpieczonego**, za zgodą **Ubezpieczyciela**.
4. W przypadku opisanym, w ust. 3. **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o refundację. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia w powyższym terminie okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Jednakże bezsporna część świadczenia zostanie wypłacona w terminie, o którym mowa w pierwszym zdaniu tego ustępu. Wypłata świadczenia pieniężnego nastąpi w oparciu o:
 - 4.1 kopię faktury/rachunku wystawionych na Ubezpieczonego w związku z wykonaniem usługi medycznej;
 - 4.2 kopię skierowania na przeprowadzenie konsultacji lekarza specjalisty;
 - 4.3 pisemne wskazanie numeru rachunku bankowego Ubezpieczonego.

§7. Obowiązki Ubezpieczonego

W razie zajścia **Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony** zobowiązany jest, poza zgłoszeniem do **Centrum Operacyjnego**, użyć dostępnych mu środków w celu zmniejszenia skutków zdarzeń.

§8. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty **Ubezpieczony**, wygasa w następujących przypadkach:
 - 1.1 rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez **Ubezpieczonego** na zasadach określonych w niniejszych OWU,
 - 1.2 wygaśnięcia ochrony z **Umowy grupowego ubezpieczenia na życie**,
 - 1.3 utraty statusu **Ubezpieczonego**.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt. (1) za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się pierwszy dzień okresu, za który nie została opłacona składka dotycząca danego **Ubezpieczonego**.
3. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt (2) i (3), za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się dzień następujący po dniu zakończenia ochrony w ramach **Umowy grupowego ubezpieczenia na życie**.

§9. Postanowienia końcowe

W przypadku, gdy z uwagi na ważne powody mające wpływ na organizację świadczeń, takie jak zamieszkiwanie Ubezpieczonego zbyt daleko od najbliższego miejsca realizacji świadczenia, brak wolnych terminów na realizację świadczeń lub zmiana przepisów prawa bądź z uwagi na interpretację tych przepisów przez organy państwowe, **Centrum Operacyjne** nie będzie mogło wykonać świadczeń Assistance opisanych w OWU, świadczenia te zostaną wykonane w taki sposób, że:

- a) z zastrzeżeniem punktu b) poniżej, **Ubezpieczyciel** obowiązany będzie do zapłaty na rzecz **Ubezpieczonego** świadczenia w wysokości równej poniesionym przez niego kosztom usług odpowiadających świadczeniom Assistance określonym w niniejszych OWU albo
- b) stosowne świadczenia będą wypłacane przez **Ubezpieczyciela** bezpośrednio podmiotom, które wykonają na rzecz **Ubezpieczonego** usługi odpowiadające świadczeniom Assistance określonym w niniejszych OWU, co zwolni **Ubezpieczonego** z obowiązku zapłaty za usługi świadczone przez te **Placówki Medyczne**.

§10. Procedura reklamacyjna

Niezależnie od wysokich standardów świadczenia usług przez **Ubezpieczyciela**, realizując obowiązek określony w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej, informujemy o obowiązującej procedurze reklamacyjnej.

1. Jeżeli poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, **Ubezpieczający** lub klient (**Ubezpieczony**, uposażony, uprawniony z umowy ubezpieczenia lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia) chciałby zgłosić reklamację, może to uczynić:
 - 1.1 na piśmie:

- (a) w postaci papierowej, siedzibie **Ubezpieczyciela** przy ul. Królewskiej 18, 00-103 Warszawa, innej jednostce obsługującej klientów - osobiście lub przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy - Prawo pocztowe lub
 - (b) w postaci elektronicznej, na adres: poland.office@chubb.com lub szkody@chubb.com lub na adres do doręczeń elektronicznych **Ubezpieczyciela** AE:PL-68107-30654-SVRVD-31, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o którym mowa w ustawie o doręczeniach elektronicznych;
- 1.2 ustnie - osobiście w siedzibie **Ubezpieczyciela** lub innej jednostce obsługującej klientów lub telefonicznie pod nr 801 800 028.
- 2. Odpowiedź na reklamację zostaje udzielona bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
- 3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi we wskazanym wyżej terminie, termin rozpatrzenia reklamacji może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. **Ubezpieczyciel** poinformuje o przedłużeniu terminu osobę lub podmiot, który wystąpił z reklamacją oraz wyjaśni przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nieprzekraczający 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
- 4. **Ubezpieczyciel** udziela odpowiedzi na reklamację na piśmie:
 - 4.1 w postaci elektronicznej - w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - 4.2 w postaci papierowej - w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci papierowej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - 4.3 w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem klienta- w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez klienta ustnie.
- 5. W przypadku, gdy klient wyraża wolę otrzymania odpowiedzi w postaci elektronicznej, odpowiedź jest udzielana:
 - 5.1 z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej - w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
 - 5.2 na adres klienta do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy - w przypadku, gdy reklamacja została wysłana przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
- 6. **Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu**, uposażonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
- 7. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym do rozpatrywania sporów pomiędzy **Ubezpieczycielem** a konsumentami jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
- 8. **Ubezpieczający, Ubezpieczony** oraz inny podmiot uprawniony z umowy ubezpieczenia ma prawo wystąpienia na drogę sądową w celu dochodzenia swoich roszczeń.
- 9. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy można wytoczyć przed sądem właściwym według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla siedziby **Ubezpieczającego** albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania **Ubezpieczonego** lub osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§11. Inne postanowienia

1. Z dniem realizacji przez Ubezpieczyciela świadczenia Assistance, roszczenie **Ubezpieczonego** przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę powstałą w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** lub choroby przechodzi z mocy prawa na **Ubezpieczyciela** do wysokości wykonanego świadczenia Assistance.
2. Nie przechodzą na **Ubezpieczyciela** roszczenia **Ubezpieczonego** przeciwko osobom, z którymi **Ubezpieczony** pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. W kwestiach nieuregulowanych niniejszymi Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Assistance mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
4. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Assistance nr AH-GTC/01/09/2026/ASSISTANCE mają zastosowanie do **Ubezpieczonych**, którzy zostali objęci ochroną ubezpieczeniową na podstawie **Umowy grupowego ubezpieczenia na życie** od dnia 1 września 2026 r.



Przemysław Owczarek
Dyrektor Oddziału Chubb European Group SE
Spółka Europejska Oddział w Polsce

T: +48224523999

F: +48224523989

poland.office@chubb.com

Kontakt

Chubb European Group SE Spółka Europejska
Oddział w Polsce
Królewska 18
00-103 Warszawa
Polska

O Chubb

Prowadząc działalność w 54 krajach, Chubb jest liderem ubezpieczeniowym specjalizującym się w ubezpieczeniach majątkowych i osobowych oferowanych przedsiębiorstwom i osobom fizycznym.

Spółka wyróżnia się bogatą ofertą produktów i usług, znaczącym potencjałem w zakresie dystrybucji, wzorową kondycją finansową, najwyższą jakością obsługi i ogromnym doświadczeniem w zakresie likwidacji szkód.

Towarzystwa ubezpieczeniowe działające w ramach koncernu Chubb świadczą swoje usługi zarówno na rzecz wielkich międzynarodowych korporacji, jak i małych i średnich przedsiębiorstw, oferując im szeroki zakres ubezpieczeń majątkowych i osobowych. Klientami Chubb są także osoby fizyczne poszukujące ochrony ubezpieczeniowej dla aktywów o dużej wartości, swojego zdrowia i życia. Osobną grupę naszych partnerów stanowią ubezpieczyciele pragnący ograniczyć towarzyszące ich działalności ryzyko za pomocą ochrony reasekuracyjnej.

Koncern dysponuje aktywami o wartości 150 mld USD, a szacunkowa wartość składek przypisanych brutto wynosi 37 mld USD. Dzięki temu główne firmy ubezpieczeniowe wchodzące w skład koncernu mogą pochwalić się bardzo wysokimi ocenami w zakresie kondycji finansowej (ocena AA przyznana przez agencję Standard & Poor's oraz ocena A++ przyznana przez agencję A.M. Best). Spółka macierzysta Chubb notowana jest na Nowojorskiej Giełdzie Papierów Wartościowych (NYSE: CB) i wchodzi w skład indeksu S&P 500.

Dane osobowe

Wykorzystujemy Państwa dane osobowe w celu wystawienia dokumentów ubezpieczeniowych oraz administrowania umową ubezpieczenia oraz obsługi roszczeń. Wskazane powyżej dane osobowe obejmują podstawowe Państwa dane takie jak imię, nazwisko, adres, numer polisy, ale, o ile jest to zasadne dla udzielanej przez nas ochrony ubezpieczeniowej oraz zgłaszanych roszczeń, dane te mogą również obejmować bardziej szczegółowe informacje (na przykład wiek, stan zdrowia, informacje o stanie majątkowym, historię roszczeń). Ponieważ jesteśmy częścią globalnej grupy, Państwa dane osobowe mogą być przekazywane spółkom z grupy w innych krajach, jeżeli będzie to wymagane dla zapewnienia ochrony wynikającej z umowy ubezpieczenia bądź przechowywania danych osobowych. Korzystamy także z szeregu zaufanych usługodawców, którzy będą mieli dostęp do Państwa danych osobowych zgodnie z naszymi instrukcjami i pod naszą kontrolą.

Przysługuje Państwu szereg praw w związku z danymi osobowymi, włączając prawo dostępu do nich oraz w pewnych przypadkach, ich usunięcia. Niniejsza informacja stanowi skrót informacji dotyczących sposobu wykorzystywania przez nas Państwa danych osobowych. W celu uzyskania dalszych informacji sugerujemy zapoznanie się z naszą Ramową Polityką Prywatności, dostępną tutaj: <https://www.chubb.com/pl-pl/footer/privacy-policy.html>.

Załącznik nr 1: Zakres i sumy Ubezpieczenia

Wskazane w tabeli limity dotyczące liczby przysługujących świadczeń i ich ograniczeń kwotowych dotyczą **Roku polisowego**.

Pakiet medyczny				
Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zakres świadczeń	Wariant „LIGHT”	Wariant „TOP”*	Wariant „PREMIUM”*
Dla wszystkich Wariantów: • Nieszczęśliwy wypadek lub • Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego. Dodatkowo, dla Wariantu „TOP” i „PREMIUM”, świadczenia przysługują również w razie przebywania Ubezpieczonego na trwającym co najmniej 14 dni zwolnieniu lekarskim ze względu na swój stan zdrowia lub w związku ze sprawowaniem opieki nad chorym członkiem rodziny.	wizyta lekarza pierwszego kontaktu w domu	2-krotnie	5-krotnie	5-krotnie
	wizyta pielęgniarki w domu	2-krotnie	5-krotnie	5-krotnie
	transport medyczny do Placówki medycznej	2-krotnie	5-krotnie	5-krotnie
	transport medyczny z Placówki medycznej	2-krotnie	5-krotnie	5-krotnie
	transport medyczny między Placówkami medycznymi	2-krotnie	5-krotnie	5-krotnie
	dostarczenie leków (do domu lub w inne miejsce)	koszt dostawy - limit: 650 zł	koszt dostawy - limit: 1.250 zł	koszt dostawy - limit: 1.250 zł
	wypożyczenie lub organizacja zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	limit wypożyczenia: 650 zł	limit wypożyczenia: 2.250 zł	limit wypożyczenia: 2.250 zł
	dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego	koszt dostawy - limit: 650 zł	koszt dostawy - limit: 2.250 zł	koszt dostawy - limit: 2.250 zł
	organizacja procesu rehabilitacyjnego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (rehabilitacja - w domu lub innym miejscu)	koszt rehabilitacji limit: 500 zł	koszt rehabilitacji limit: 3.000 zł	koszt rehabilitacji limit: 5.000 zł
	organizacja procesu rehabilitacyjnego w wyniku nagłego zachorowania (rehabilitacja - w domu lub innym miejscu)	usługa niedostępna	usługa niedostępna	koszt rehabilitacji limit: 1.000 zł
	opieka nad Dziećmi i osobami niesamodzielnymi	2-krotnie	4-krotnie	4-krotnie
	opieka nad zwierzętami	2-krotnie	4-krotnie	4-krotnie
	organizacja i dostarczenie zakupów do domu	koszt dostawy: limit 650 zł	koszt dostawy: limit 2.250 zł	koszt dostawy: limit 2.250 zł
	pomoc pielęgniarki przy opiece nad nowonarodzonego Dzieckiem - instruktaż jak prawidłowo pielęgnować dziecko	3-krotnie	4-krotnie	4-krotnie
	konsultacja lekarza specjalisty	usługa niedostępna	usługa niedostępna	5-krotnie

Świadczenia w związku z utratą pracy				
Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zakres świadczeń	Wariant „LIGHT”	Wariant „TOP”	Wariant „PREMIUM”
Utrata pracy przez Ubezpieczonego (zakres ubezpieczenia dotyczy tylko zatrudnionych w oparciu o stosunek pracy).	Pomoc psychologa w przypadku utraty pracy	500 zł	2000 zł	2000 zł
	Pomoc w poszukiwaniu pracy (kontakt z 3 firmami doradztwa personalnego)	bez limitu	bez limitu	bez limitu
	Pakiet informacyjny przesyłany w razie utraty pracy (wzory CV, listu motywacyjnego, biznes planu etc.).	bez limitu	bez limitu	bez limitu
	Informacja telefoniczna w przypadku utraty pracy	bez limitu	bez limitu	bez limitu

Zdrowotne usługi informacyjne				
Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zakres świadczeń	Wariant „LIGHT”	Wariant „TOP”	Wariant „PREMIUM”
W razie potrzeby	Telefoniczna informacja lekarska	bez limitu		

Świadczenia dodatkowe				
Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zakres świadczeń	Wariant „LIGHT”	Wariant „TOP”	Wariant „PREMIUM”
Nieszczęśliwy wypadek lub Nagle zachorowanie Ubezpieczonego	Tele-opieka -organizacja i pokrycie kosztów instalacji terminala alarmowego do natychmiastowego połączenia z Centrum Operacyjnym , gdzie Ubezpieczony może: • zgłosić chęć skorzystania z innych świadczeń przysługujących na podstawie OWU, w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym • wezwać służby ratunkowe, • przekazać wiadomość osobom bliskim tj. wskazanym przez Ubezpieczonego.	60 dni	90 dni	90 dni

Pakiet Concierge				
Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zakres świadczeń	Wariant „LIGHT”	Wariant „TOP”	Wariant „PREMIUM”
Usługi na życzenie Klienta	rezerwacja biletów lotniczych i kolejowych	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	rezerwacja hoteli	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	rezerwacja biletów do kin i teatrów	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	rezerwacja miejsc w restauracji	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	zamawianie taksówki	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	dostarczenie pod wskazany adres kwiatów	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	dostarczenie pod wskazany adres biletów na imprezy sportowe i kulturalne	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	zorganizowanie wypoczynku w wybranym miejscu na świecie (rezerwacja hotelu, pensjonatu, wycieczki, biletów lotniczych, kolejowych)	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	rezerwacja sal konferencyjnych, restauracji	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	organizacja opieki nad dziećmi	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	wynajęcie oraz podstawienie samochodu zastępczego	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	usługi drobnej pomocy domowej	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	aktualne informacje o imprezach	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	informacje o podróżach i turystyce	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	informacje o szczepieniach koniecznych w danym kraju	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	bieżące wiadomości o warunkach drogowych	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	pomoc przy wyborze najbardziej dogodnej trasy przejazdu samochodem	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	informacje teleadresowe do firm holowniczych i wypożyczalni samochodów	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	informacje teleadresowe stacji napraw	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	informacje o procedurze postępowania w przypadku włamania do samochodu, kolizji drogowej, itp.	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu
	dostawa prezentów i zakupów	usługa niedostępna	bez limitu	bez limitu

Załącznik nr 2: Wykaz Sprzętu rehabilitacyjnego

Lp.	Rodzaj Sprzętu rehabilitacyjnego	Lekarze upoważnieni do wystawiania zleceń na wydanie Sprzętu rehabilitacyjnego
1	Proteza tymczasowa	ortopeda, chirurg, lekarz rehabilitacji medycznej
2	Proteza robocza kończyny górnej	ortopeda, chirurg, lekarz rehabilitacji medycznej
3	Uchwyty robocze do protez	ortopeda, chirurg, lekarz rehabilitacji medycznej
4	Gorsety i kołnierze ortopedyczne	ortopeda, neurolog, chirurg, lekarz rehabilitacji medycznej, reumatolog
5	Aparaty ortopedyczne	ortopeda, neurolog, chirurg, lekarz rehabilitacji medycznej, reumatolog
6	Ortezy tułowia i szyi	ortopeda, neurolog, chirurg, lekarz rehabilitacji medycznej, reumatolog
7	Ortezy kończyny górnej i dolnej	ortopeda, neurolog, chirurg, lekarz rehabilitacji medycznej, reumatolog
8	Laski i kule	chirurg, ortopeda, neurolog, lekarz rehabilitacji medycznej, reumatolog, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej
9	Indywidualne przedmioty pionizujące	ortopeda, neurolog, lekarz rehabilitacji medycznej