

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:  
Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance nr MED/ASS/2/2021

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 11
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 GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDI-ASSISTANCE  
NR MED/ASS/2/2021**

**DEFINICJE**

**KTO ZAWIERA UMOWĘ UBEZPIECZENIA (STRONY UMOWY)**

Umowę ubezpieczenia na rzecz Uczestników zawierają:  
AWP P&C S.A. Oddział w Polsce (my) – jako Ubezpieczyciel oraz  
Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. – jako Ubezpieczający,  
na podstawie tego dokumentu, czyli Ogólnych warunków grupowego  
ubezpieczenia Medi-Assistance nr MED/ASS/2/2021, (dalej: OWU).

**ART. 1  
CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ  
(DEFINICJE)**

- 1. Akt terrorystyczny** – działanie indywidualne lub grupowe, bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszania lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
- 2. Centrum operacyjne** – nasze całodobowe centrum telefoniczne (tel. 22 591 95 73, 22 281 95 73), które przyjmuje zgłoszenia Zdarzeń ubezpieczeniowych
- 3. Choroba przewlekła** – stan chorobowy, który został zdiagnozowany u Uczestnika przed objęciem po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia i charakteryzuje się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, albo choroba, która w ciągu 12 miesięcy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia była stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub była przyczyną co najmniej 24-godzinnej Hospitalizacji
- 4. Dokument uczestnictwa** – dokument, w którym potwierdzamy, że objęliśmy daną osobę ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia

- 5. Hospitalizacja** – pobyt Uczestnika w Szpitalu, trwający co najmniej 72 godziny, który nastąpił na skutek Nagłego zachorowania lub Niez szczęśliwego wypadku
- 6. Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Uczestnika związane z Nagłym zachorowaniem lub Niez szczęśliwym wypadkiem
- 7. Miejsce zamieszkania** – adres zamieszkania Uczestnika w Polsce, który Uczestnik wskazuje przed Przystąpieniem do ubezpieczenia
- 8. Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy, który powstał nagle w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i zagraża życiu lub zdrowiu Uczestnika
- 9. Niez szczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
  - 1) jest nagłe i nie zależy od woli Uczestnika,
  - 2) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez Przyczynę zewnętrzną,
  - 3) wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
- 10. Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Uczestnik jest objęty ochroną ubezpieczeniową, na podstawie niniejszego dokumentu
- 11. Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, które działają na terytorium Polski na podstawie przepisów prawa, w ramach systemu publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej
- 12. Przyczyna zewnętrzna** – czynnik zewnętrzny wobec organizmu, który stanowi wyłączny powód powstania obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, polegający na oddziaływaniu na organizm:
  - 1) energii kinetycznej, która powoduje obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
  - 2) energii termicznej oraz elektrycznej, które powodują obrażenia w postaci oparzeń;
  - 3) czynników chemicznych, które powodują obrażenia w postaci oparzeń i zatruc;

- 4) czynników akustycznych, które powodują obrażenia w postaci urazów akustycznych.
- 13. Przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie Uczestnika ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, które potwierdzamy Dokumentem uczestnictwa
- 14. Rezygnacja** – złożenie przez Uczestnika Ubezpieczającemu lub nam pisemnego oświadczenia woli o Rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia. Uczestnik może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w dowolnym momencie
- 15. Sporty wysokiego ryzyka** – sporty motorowe i motorowodne, sporty powietrzne, szybownictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, parolotniarstwo, motolotniarstwo, heliskiing, heliboarding, uczestniczenia w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi (pustynia, góry powyżej 4000 m n.p.m., busz, Antarktyda albo Arktyka (poza granicą wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), dżungla i tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego), downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach lub desce snowboardowej, jazda poza wyznaczonymi trasami, zjazdy ekstremalne, kajakerstwo górskie, rafting.
- 16. Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia choremu samodzielne funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortozy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
- 17. Szpital** – podmiot leczniczy, który:
- 1) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia – dzięki pracy zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego – lub
  - 2) wykonuje zabiegi chirurgii jednego dnia – co najmniej w zakresie, który dotyczy postępowania medycznego.
- Szpitałem nie jest: dom pomocy społecznej, dom opieki, ośrodek opieki dla przewlekle chorych, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny ani wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego – w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny.
- 18. Świadczenie assistance** – świadczenie ubezpieczeniowe w postaci:
- 1) usługi opiekuńczej, którą zorganizujemy i pokryjemy jej koszt,
  - 2) kwoty, którą wypłacamy Uczestnikowi, gdy wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, a Uczestnik we własnym zakresie zorganizuje i opłaci usługę opiekuńczą
- 19. Transport medyczny** – transport, który zapewniamy Uczestnikowi, o ile jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego i który jest dostosowany do stanu zdrowia Uczestnika. Transportem medycznym nie jest dojazd do poradni rehabilitacyjnej.
- 20. Ubezpieczający** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4B, (00-189) Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000002561.
- 21. Ubezpieczyciel (my)** – 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.
- 22. Uczestnik** – osoba fizyczna, która:
- 1) jest osobą ubezpieczoną w Umowie podstawowej i
  - 2) wyraziła zgodę na Przystąpienie do ubezpieczenia
- 23. Umowa podstawowa** – indywidualna umowa ubezpieczenia, która została zawarta z Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. na rzecz Uczestnika, na podstawie:
- 1) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”,
  - 2) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet JA,
  - 3) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet MY,
  - 4) Ogólnych warunków ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym,
  - 5) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Mediservice, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Nowa Perspektywa,
  - 6) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Nowa Perspektywa,
  - 7) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Twoje Życie albo Twój Plan.
- 24. Umowa ubezpieczenia** – Umowa grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance zawarta pomiędzy nami a Ubezpieczającym na rzecz Uczestników.
- 25. Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu, które polega na udziale:
- 1) w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji);
  - 2) we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym);
  - 3) które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków;
- 26. Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Nagłe zachorowanie, Nieszczęśliwy wypadek lub Hospitalizacja Uczestnika, które wystąpiły w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.

<b>ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA</b>
--

**ART. 2  
CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE  
(PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)**

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Uczestnika.
2. Ubezpieczenie obejmuje Świadczenie assistance, które realizujemy, gdy w Okresie ochrony ubezpieczeniowej zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe.
3. Rodzaje świadczeń, zasady ich organizacji oraz limity, które dotyczą poszczególnych Świadczeń assistance w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej podajemy w Tabeli Świadczeń Assistance:

Tabela Świadczeń Assistance

<b>Część I</b>					
<b>Świadczenia assistance w przypadku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Uczestnika</b>					
	<b>Zdarzenie ubezpieczeniowe</b>	<b>Świadczenie assistance</b>	<b>Opis</b>	<b>Limity kwotowe na Zdarzenie ubezpieczeniowe</b>	<b>Limity w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej</b>
1	Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta lekarska	Jeśli Uczestnik będzie potrzebował wizyty lekarskiej, to: 1) zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty lekarskiej Uczestnika w Placówce medycznej albo 2) zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdów lekarza do Miejsca zamieszkania i sfinansujemy honorarium lekarza, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego	–	3 wizyty
2		Transport medyczny do Placówki medycznej	Jeśli Uczestnik wymaga pobytu w Placówce medycznej na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego, to zorganizujemy i pokryjemy koszt Transportu medycznego z Miejsca zamieszkania do Placówki medycznej.	1000,00 zł brutto	–
3		Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi	Jeśli Uczestnik przebywa w Placówce medycznej, ale: 1) nie odpowiada ona wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub 2) jest skierowany na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszt Transportu medycznego pomiędzy Placówkami medycznymi.		
4		Transport medyczny z Placówki medycznej	Jeśli Uczestnik może opuścić Placówkę medyczną, w której przebywał, to zorganizujemy i pokryjemy koszt Transportu medycznego z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania.		
		Lekarz Centrum operacyjnego, na podstawie informacji od Lekarza prowadzącego, wskaże rodzaj Transportu medycznego, który jest odpowiedni do stanu zdrowia Uczestnika.			
5		Rehabilitacja	Jeśli Uczestnik wymaga rehabilitacji na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego, to: 1) zorganizujemy i pokryjemy koszt wizyty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania albo 2) zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty Uczestnika w poradni rehabilitacyjnej (wraz z kosztami dojazdu i zabiegów rehabilitacyjnych)	1000,00 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
6		Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	Jeśli Uczestnik otrzyma od Lekarza prowadzącego pisemne zalecenie używania w domu Sprzętu rehabilitacyjnego, to zorganizujemy wypożyczenie albo zakup takiego sprzętu.	500,00 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
7		Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego	Jeśli Uczestnik otrzyma od Lekarza prowadzącego pisemne zalecenie używania w domu Sprzętu rehabilitacyjnego, to dostarczymy Uczestnikowi Sprzęt rehabilitacyjny do Miejsca zamieszkania.	500,00 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
<b>Część II</b>					
<b>Świadczenie assistance w przypadku Hospitalizacji Uczestnika</b>					
8	Hospitalizacja	Wizyta w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika – na czas Hospitalizacji Uczestnika, obejmujące: • transport bliskiej osoby z miejsca jej pobytu do Szpitala oraz transport powrotny, • pobyt w hotelu przyszpitalnym lub w razie jego braku – w innym dostępnym hotelu trzygwiazdkowym najbliższym Szpitala.	1000,00 zł brutto	–
9		Wizyta w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika – po zakończeniu Hospitalizacji Uczestnika, obejmujące: • transport bliskiej osoby z miejsca jej pobytu do Miejsca zamieszkania oraz transport powrotny, • pobyt w najbliższym Miejscu zamieszkania hotelu trzygwiazdkowym, w okresie do 14 dni od zakończenia Hospitalizacji.	1000,00 zł brutto	–

### ART. 3

#### JAK DŁUGO TRWA UMOWA UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony.

### ART. 4

#### JAK PRZYSTĄPIĆ DO UBEZPIECZENIA

1. Przystąpienie do ubezpieczenia odbywa się na podstawie zgody, którą osoba ubezpieczona wyraża we wniosku o zawarcie Umowy podstawowej.
2. Za zgodę na Przystąpienie do ubezpieczenia uznajemy także udzielone uprzednio zgody na przystąpienie do umów grupowego ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków: „Program Mediservice”, „Pomoc medyczna i domowa dla mnie i mojej rodziny”, „Pomoc medyczna i domowa dla mnie”, „Program Assistance”, „Pomocnik domowy”, „Assistance medyczny i domowy”, „Pomocnik domowy”.
3. Objęcie danej osoby ochroną ubezpieczeniową (jako Uczestnika) potwierdzamy, doręczając Dokument uczestnictwa.

### ART. 5

#### KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
  - 1) 1. dnia miesiąca kalendarzowego, który następuje po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej, o ile data ta przypada w okresie od 1. do 20. dnia miesiąca kalendarzowego, albo
  - 2) 1. dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej, o ile data ta przypada w okresie od 21. do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
2. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w Dokumencie uczestnictwa.
3. Okres ochrony ubezpieczeniowej wynosi 12 miesięcy i jest przedłużany na kolejne okresy 12-miesięczne, o ile:
  - 1) ochrona nie skończyła się przed upływem bieżącego okresu ochrony ubezpieczeniowej oraz
  - 2) Ubezpieczający lub Uczestnik nie postanowią inaczej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy ubezpieczenia kończy się:
  - 1) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej,
  - 2) z dniem przekształcenia Umowy podstawowej w umowę ubezpieczenia bezskładkowego – dotyczy Umowy podstawowej ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym,
  - 3) z ostatnim dniem Okresu ochrony ubezpieczeniowej,
  - 4) 30. dnia, licząc od dnia, w którym Uczestnik złożył Rezygnację,
  - 5) gdy wygaśnie lub zostanie rozwiązana Umowa ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu, za jaki Ubezpieczający opłacił składkę ubezpieczeniową,
  - 6) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia,
  - 7) w chwili śmierci Uczestnika.
5. Dostęp do Świadczeń assistance nie przysługuje w Okresie ochrony ubezpieczeniowej, jeśli składki ubezpieczeniowe z tytułu Umowy podstawowej nie są terminowo opłacane. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana terminowo, jeżeli kwota zaległości nie przekracza miesięcznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach tej Umowy podstawowej. Zasada ta dotyczy Umowy podstawowej ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, ubezpieczenia Pakiet JA, ubezpieczenia Pakiet MY, ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym. W przypadku Umowy podstawowej ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym, składki ubezpieczeniowe z jej tytułu nie są terminowo opłacane także wtedy, gdy jest ona przekształcona w umowę ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.

### ART. 6

#### JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI

1. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia przekazujemy Ubezpieczającemu OWU oraz inne dokumenty, których wymaga prawo.
2. Jeśli wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, to zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń assistance, które wymieniamy w Tabeli Świadczeń Assistance.

### ART. 7

#### JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać osobie zainteresowanej objęciem ochroną ubezpieczeniową: OWU oraz inne dokumenty, które otrzymuje od nas – przed Przystąpieniem Uczestnika do ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować nas o Przystąpieniu do ubezpieczenia w trybie uzgodnionym w Umowie ubezpieczenia.

### ART. 8

#### ILE KOSZTUJE OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

Składka ubezpieczeniowa jest finansowana w całości przez Ubezpieczającego i została określona w Umowie ubezpieczenia.

#### ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

### ART. 9

#### KIEDY UBEZPIECZAJĄCY MOŻE WYPOWIEDZIEĆ UMOWĘ UBEZPIECZENIA I KIEDY ULEGA ONA ROZWIĄZANIU

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

#### ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

### ART. 10

#### W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE?

1. Świadczenia assistance realizujemy za pośrednictwem Centrum operacyjnego.
2. Aby skorzystać ze Świadczeń assistance, Uczestnik (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien skontaktować się z Centrum operacyjnym (tel. 22 591 95 73, 22 281 95 73) i podać następujące informacje:
  - 1) imię i nazwisko Uczestnika, nr PESEL,
  - 2) nazwę Umowy podstawowej,
  - 3) Miejsce zamieszkania,
  - 4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Uczestnikiem lub wskazaną przez niego osobą,
  - 5) opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy.
3. Centrum operacyjne – po weryfikacji prawa Uczestnika do Świadczeń assistance – niezwłocznie, nie później niż w ciągu 72 godzin, przystąpi do realizacji Świadczenia assistance i informuje Uczestnika, kiedy je zrealizuje. W przypadku zmiany terminu lub sposobu realizacji Świadczenia assistance Centrum operacyjne również niezwłocznie przekaze taką informację Uczestnikowi.
4. Jeżeli Uczestnik, z przyczyn od siebie niezależnych, nie mógł skontaktować się z nami telefonicznie i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty Świadczeń assistance, powinien poinformować nas o tym fakcie w ciągu 7 dni od dnia, kiedy kontakt z nami stał się możliwy. W takim przypadku Centrum operacyjne udzieli informacji, w jaki sposób wystąpić o zwrot poniesionych kosztów.
5. W takim przypadku zwracamy koszty Świadczeń assistance, które poniósł Uczestnik, na podstawie dokumentów, które potwierdzają zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz poniesienie tych kosztów. Zwracamy koszty poniesione przez Uczestnika, nie wyższe jednak niż limity, które wskazujemy w Tabeli Świadczeń Assistance.
6. Jeśli Uczestnik nie powiadomił nas o Zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz zorganizował i pokrył koszty Świadczeń assistance we własnym zakresie, to zastrzegamy sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku organizowania Świadczeń assistance przez nas. Przepis ten nie ma zastosowania, gdy Uczestnik nie powiadomił nas o Zdarzeniu ubezpieczeniowym z przyczyn niezależnych od siebie.
7. Koszty Świadczeń assistance, które poniósł Uczestnik wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, w złotych. Jeśli odmawiamy zwrotu kosztów, które poniósł Uczestnik lub wypłacamy część kwoty wskazanej we wniosku o zwrot kosztów, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.

8. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy zwrot kosztów, które poniósł Uczestnik przysługuje i w jakiej wysokości, to pieniądze wypłacamy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezporną część wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.

#### **ART. 11 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE POKRYWAMY KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE**

1. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów poza terytorium Polski.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w wyniku:
  - 1) umyślnego działania Uczestnika,
  - 2) rażącego niedbalstwa Uczestnika, chyba że organizacja Świadczenia assistance odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
  - 3) popełnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Uczestnika,
  - 4) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Uczestnika,
  - 5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, Aktów terroryzmu,
  - 6) pandemii lub epidemii, która została ogłoszona przez odpowiednie organy administracji publicznej,
  - 7) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
  - 8) zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS,
  - 9) Chorób przewlekłych Uczestnika,
  - 10) nieprzestrzegania zaleceń lekarza,
  - 11) Zawodowego uprawiania sportu lub uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Uczestnika;
  - 12) katastrof naturalnych, działania ognia lub następujących żywiołów: trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne;
  - 13) spożycia przez Uczestnika alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo skutkowym ze spożyciem tych substancji,
  - 14) zaburzeń psychicznych Uczestnika, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
3. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
  - 1) w związku z leczeniem sanatoryjnym Uczestnika oraz helioterapią, niezależnie od jej powodu;
  - 2) w wyniku leczenia stomatologicznego Uczestnika;
  - 3) leczenia eksperymentalnego, którego skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które jest w trakcie badań lub testów;
  - 4) w wyniku rutynowych badań fizykalnych Uczestnika, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i podania leków lub zabiegów zapobiegawczych;
  - 5) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.
4. Nie udzielimy ochrony ubezpieczeniowej ani też nie będziemy zobowiązani do organizacji Świadczenia assistance w zakresie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli organizacja Świadczenia assistance mogą narazić nas na jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub jakiegokolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, prawa polskiego lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

#### **PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH, REKLAMACJE I INNE WAŻNE INFORMACJE**

#### **ART. 12 DLACZEGO PRZETWARZAMY DANE OSOBOWE I JAK JE ZBIERAMY**

1. Administratorem danych osobowych jest AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Administrator będzie zbierał i przetwarzał dane niezbędne do zawarcia Umowy ubezpieczenia, identyfikacji Uczestnika, przyjęcia zgłoszenia Zdarzeń ubezpieczeniowych i organizacji Świadczenia assistance (w szczególności imię, nazwisko, adres, numer telefonu i adres e-mail).
2. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe przekazane przez Uczestników lub otrzymane od innych podmiotów bez udziału Uczestników, w celu zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia oraz w celu wypełnienia obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych), które wynikają z przepisów prawa. Dane osobowe będą przetwarzane przez administratora również w celu ograniczenia ryzyka w zakresie sankcji gospodarczych poprzez weryfikację i zastosowanie innych odpowiednich środków sprawdzających, czy Uczestnik lub Zdarzenie ubezpieczeniowe podlegające ubezpieczeniu nie podlega jakimkolwiek ograniczeniom oraz czy Umowa ubezpieczenia nie narusza żadnych sankcji gospodarczych, poprzez cykliczne kontrole Uczestników, a także – na etapie likwidacji szkody – poprzez przeprowadzenie analizy pod względem obowiązywania sankcji finansowych w odniesieniu do Uczestnika oraz, w stosownych wypadkach, uprawnionego z Umowy ubezpieczenia przed organizacją Świadczenia assistance. Przetwarzanie w tych celach nie wymaga zgody Uczestników (z wyjątkiem sytuacji, kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji, kiedy Uczestnik nie jest naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania danych Uczestnika).
3. Dane osobowe Uczestników mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom. We wskazanych powyżej celach Administrator może również udostępniać dane osobowe Uczestników następującym podmiotom przetwarzającym dane na zlecenie Administratora (np. konsultantom technicznym, lekarzom, likwidatorom szkód).
4. Dane osobowe Uczestników mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Przekazanie danych osobowych Uczestników 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 internetowej [www.mondial-assistance.pl](http://www.mondial-assistance.pl). W wypadku, gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należyłą ochronę danych osobowych Uczestników przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie, jaki jest zapewniany w EOG.
5. O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, Uczestnikom przysługuje prawo do:
  - 1) dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w posiadaniu Administratora;
  - 2) wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli dane osobowe Uczestników są przetwarzane na podstawie zgody;
  - 3) aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych;
  - 4) usunięcia swoich danych osobowych z ewidencji Administratora, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
  - 5) żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy Uczestnicy kwestionują prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający Administratorowi sprawdzić ich prawidłowość;
  - 6) uzyskania swoich danych osobowych w formacie elektronicznym;
  - 7) złożenia reklamacji do Administratora lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych.Uczestnicy mogą korzystać z tych praw kontaktując się z Administratorem z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Dane osobowe Uczestników Admi-

nistrator będzie przechowywał przez 6 lat od daty ustania stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia reklamacji Uczestnika. Sześćdziesięcioletni letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń.

**6.** Z Administratorem można się skontaktować pod adresem:

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce  
Inspektor Ochrony Danych Osobowych  
ul. Konstruktorska 12  
02-673 Warszawa  
E-mail: iodopl@mondial-assistance.pl

**7.** Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Na naszej stronie internetowej: [www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx](http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx) jest dostępna ich aktualna wersja. Poinformujemy Uczestnika o każdej ważnej zmianie, która może go dotyczyć.

**ART. 13  
JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ**

- 1.** Reklamacja, w tym skarga i zażalenie, to zastrzeżenie, które dotyczy naszych usług. Reklamacją może złożyć Ubezpieczający, Uczestnik, uprawniony z Umowy ubezpieczenia, ich spadkobiercy lub osoba poszukująca ochrony ubezpieczeniowej.
- 2.** Reklamację można złożyć:
  - 1)** ustnie – telefonicznie pod numer: (+48 22) 522 26 40 (dostępny w dni robocze w godzinach 8:00–16:00) albo osobiście podczas wizyty w naszej siedzibie. Złożenie ustnej reklamacji potwierdzamy protokołem;
  - 2)** pisemnie – osobiście, w naszej siedzibie lub jednostce terenowej, lub przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa;
  - 3)** elektronicznie – na adres email: [reklamacje@mondial-assistance.pl](mailto:reklamacje@mondial-assistance.pl).  
Na życzenie osoby, która składa reklamację, przekazujemy potwierdzenie jej złożenia. Forma potwierdzenia zależy od sposobu złożenia reklamacji.
- 3.** Reklamację rozpatruje nasz zarząd lub upoważnieni przez niego pracownicy – w ciągu 30 dni od jej otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają nam udzielenie odpowiedzi w tym okresie:
  - 1)** wyjaśniamy osobie składającej reklamację, jaka jest przyczyna opóźnienia,
  - 2)** wskazujemy okoliczności, które musimy ustalić, by rozpatrzyć sprawę, oraz
  - 3)** określamy, jaki przewidujemy termin udzielenia odpowiedzi – nie może on jednak przekroczyć 60 dni od otrzymania reklamacji.
- 4.** Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej pocztą. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
- 5.** Osoba, która składa reklamację, może odwołać się od naszej decyzji poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek można złożyć w formie pisemnej lub elektronicznej, w terminie trzydziestu dni od otrzymania decyzji. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest niezwłocznie, nie później niż w terminie trzydziestu dni od otrzymania odwołania, w formie pisemnej pocztą. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
- 6.** Jeśli nie uwzględnimy roszczeń tej osoby, może ona złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- 7.** Rzecznik Finansowy prowadzi postępowanie w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich. Udział w takim postępowaniu jest dla nas obowiązkowy (szczegółowe informacje znajdują się na stronie: [www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl)).
- 8.** Osoba fizyczna, która jest Uczestnikiem lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, ma prawo wystąpić do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy Uczestnikiem a podmiotem rynku finansowego. Mówi o tym ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmiot rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
- 9.** Ubezpieczający, Uczestnik i inna osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia mają prawo złożyć pozew do właściwego sądu.
- 10.** Nasza działalność podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

**ART. 14  
W JAKI SPOŚÓB SĄ ROZWIĄZYWANE EWENTUALNE SPORY**

- 1.** Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
- 2.** Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Uczestnika lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
- 3.** Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Uczestnika lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

**ART. 15  
CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O UBEZPIECZENIU**

- 1.** W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie Umowy ubezpieczenia.
- 2.** Umowa ubezpieczenia podlega przepisom prawa polskiego.

OWU zostały przyjęte uchwałą Ubezpieczyciela nr 061/2021 z dnia 2 listopada 2021 r. i wchodzi w życie z dniem 11 grudnia 2021 r.



Tomasz Frączek  
Dyrektor Oddziału

## PODSTAWOWE INFORMACJE O GRUPOWYM UBEZPIECZENIU MEDI-ASSISTANCE

Dokument ten jest materiałem informacyjnym dla osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance. Opisujemy w nim najważniejsze cechy i zasady działania tego ubezpieczenia. Pełne informacje o ubezpieczeniu zawierają Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Medi-Assistance (MED/ASS/2/2021).

### JAKIEGO RODZAJU JEST TO UBEZPIECZENIE

Medi-Assistance jest to umowa grupowego ubezpieczenia, która została zawarta między Ubezpieczycielem: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym: Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A., na rzecz Uczestników. Ubezpieczenie obejmuje Świadczenie assistance, które realizujemy, gdy w Okresie ochrony ubezpieczeniowej zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe. Koszt ochrony za danego Uczestnika pokrywa Ubezpieczający.

### KTO MOŻE BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ I JAK DŁUGO TRWA UBEZPIECZENIE

Ochroną jest objęty Uczestnik, czyli osoba fizyczna, która jest ubezpieczona w Umowie podstawowej zawartej z Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. Okres ochrony ubezpieczeniowej trwa 12 miesięcy i rozpoczyna się od dnia wskazanego w Dokumencie uczestnictwa.

### CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Jeśli w Okresie ochrony ubezpieczeniowej wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty Świadczeń assistance wymienionych w poniższej Tabeli Świadczeń Assistance.

Zdarzenie	Świadczenie assistance	Limity kwotowe na Zdarzenie	Limity
Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta lekarska	–	3 wizyty
	Transport medyczny: • do Placówki medycznej • pomiędzy Placówkami medycznymi • z Placówki medycznej	1000 zł brutto	–
	Rehabilitacja	1000 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
	Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
	Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
Hospitalizacja	Wizyta w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	1000 zł brutto	–
	Wizyta w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	1000 zł brutto	–

### OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczyciel nie zapewnia świadczeń i usług poza terenem Polski. Nie odpowiada także za zdarzenia powstałe w szczególności w wyniku:

- umyślnego działania Uczestnika;
- rażącego niedbalstwa Uczestnika, chyba że organizacja Świadczenia assistance odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- popełnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Uczestnika;
- w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Uczestnika;
- Chorób przewlekłych Uczestnika;
- Zawodowego uprawiania sportu lub Uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Uczestnika;
- w związku z leczeniem sanatoryjnym Uczestnika oraz helioterapią, niezależnie od jej powodu;
- leczenia stomatologicznego Uczestnika;
- leczenia eksperymentalnego, którego skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które jest w trakcie badań lub testów;
- rutynowych badań fizykalnych Uczestnika, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i podania leków lub zabiegów zapobiegawczych.

Wszystkie ograniczenia odpowiedzialności wskazaliśmy w warunkach ogólnych.

Dokument ten wszedł w życie z dniem 11 grudnia 2021 roku.