

**INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWY:
Ogólne Warunki Ubezpieczenia
„PROGRAM ASSISTANCE” Nr ASS/PMBZ/4/2017**

	Rodzaj informacji/postanowienia wzorca umowy	Nr zapisu
1.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 4 i 7 § 2
2.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 8 § 3 § 4 ust. 6-7

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
„PROGRAM ASSISTANCE” Nr ASS/PMBZ/4/2017**

§ 1. DEFINICJE I POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Użytych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „Program Assistance” Nr ASS/PMBZ/4/2017 (dalej jako „OWU”) określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia, polegające na:
 - a) wystąpieniu u Ubezpieczonego nagłego zachorowania,
 - b) wystąpieniu u Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku,
 - c) zajściu w życiu Ubezpieczonego któregośkolwiek ze zdarzeń losowych wymienionych w § 2. ust.1. pkt 5,
 - d) chorobie dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej pozostającej pod opieką Ubezpieczonego,
 - e) urodzeniu się dziecka Ubezpieczonego.
- 2) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej.
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – niezależnie od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała.
- 4) **lekarz Centrum Operacyjnego** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego.
- 5) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.
- 6) **choroba przewlekła** – jeden z wymienionych poniżej stanów chorobowych, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia; Za chorobę przewlekłą uznaje się:
 - a) niewydolność układu krążenia objawiającą się szybkim męczeniem i nasiloną dusznością, które pojawiają się przy codziennej podstawowej aktywności życiowej,
 - b) przebyte udar mózgu lub krwotok do mózgu z utrzymującym się niedowładem, porażeniem lub zaburzeniami mowy – wymagający stałej kontroli lekarskiej i rehabilitacji,
 - c) nowotwór złośliwy rozpoznany w okresie 5 lat poprzedzających objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - d) powikłania cukrzycy w postaci uszkodzenia naczyń krwionośnych siatkówki oka, naczyń krwionośnych serca, mózgu i kończyn dolnych oraz uszkodzenia nerek objawiającego się ich niewydolnością,
 - e) przewlekłą niewydolność wątroby,
 - f) nosicielstwo wirusa HIV/zespół AIDS,
 - g) stwardnienie rozsiane,
 - h) chorobę Alzheimera i inne zespoły otępienia na tle zwyrodnieniowym mózgu, prowadzące do upośledzenia funkcji pamięci, myślenia, rozumienia oraz do zaburzeń zachowania i zmiany osobowości,
 - i) przewlekłe choroby psychiczne wymagające stałego leczenia psychiatrycznego,
 - j) ciężkie nieodwracalne zaburzenia układu ruchu wymagające stałego leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego,
 - k) uzależnienie od narkotyków / substancji odurzających,
 - l) przewlekłą schyłkową niewydolność nerek wymagającą włączenia leczenia nerkozastępczego – hemodializy lub dializy otrzewnowej,
 - m) stan po przeszczepieniu narządów,
 - n) wrodzone choroby i wady wymagające stałej kontroli i opieki lekarskiej,
 - o) nieswoiste choroby zapalne jelit, takie jak: choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego.
- 7) **rodzic Ubezpieczonego** – ojciec lub matka Ubezpieczonego.
- 8) **poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej, niż 20 tygodni.
- 9) **dziecko Ubezpieczonego** – dziecko Ubezpieczonego w wieku od 14. dnia życia do ukończenia 20 roku życia, chyba że dziecko kontynuuje naukę – do ukończenia tej nauki, jednakże nie dłużej niż do 25 roku życia.
- 10) **małżonek Ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
- 11) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki.
- 12) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający lub ułatwiający choremu samodzielne funkcjonowanie, do którego należą wyłącznie: pilki, taśmy i walki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, watek, półwatek, 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 tulerkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), 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.
- 13) **transport medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Centrum Operacyjne w sposób wskazany przez lekarza Centrum Operacyjnego, dostosowany do stanu zdrowia i świadczony jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego nie zagraża życiu i nie wymaga świadczeń pogotowia ratunkowego.
 - 14) **Ubezpieczony** – osoba, na rzecz której niniejsza umowa ubezpieczenia została zawarta, będąca jednocześnie osobą objętą ochroną ubezpieczeniową przez Aviva w ramach umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, która przystąpiła do umowy ubezpieczenia regulowanej niniejszymi warunkami ogólnymi.
 - 15) **Ubezpieczający** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą przy ulicy Inflanckiej 4B, 00-189 Warszawa, zwane dalej „Aviva”.
 - 16) **Ubezpieczyciel** – AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą przy ulicy Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa.
 - 17) **umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia zawarta w dniu 28 maja 2010 roku pomiędzy Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. a AWP P&C S.A. Oddział w Polsce.
 - 18) **Centrum Operacyjne** – AWP Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Aviva udzielający Ubezpieczonemu świadczeń opiekuńczych, dostępny pod czynnym całą dobę numerem telefonu: 22 563 12 33.
 - 19) **ciężkie zachorowanie** – poważne schorzenie lub nieprawidłowość w funkcjonowaniu narządów ciała zagrażające życiu Ubezpieczonego.
2.
 - 1) Do umowy ubezpieczenia mogą przystąpić wyłącznie osoby, które zostały objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach indywidualnej lub grupowej wersji umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow” zawartej z Ubezpieczającym.
 - 2) W celu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, osoby ubiegające się o objęcie ich ochroną w ramach umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, składają oświadczenie o zgodzie na przystąpienie do niniejszej umowy ubezpieczenia „Pakiet Assistance”.
 - 3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia w trybie uzgodnionym w umowie ubezpieczenia.
 - 4) Ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia objęty jest Ubezpieczony spełniający warunki definicji wskazanej w § 1 ust. 1 pkt 14.
 - 5) Ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z niniejszej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, rozpoczyna się i kończy odpowiednio w dacie początku i końca ochrony ubezpieczeniowej polegającej na umożliwieniu korzystania z usług zdrowotnych przysługujących Ubezpieczonemu z tytułu umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”.
 3. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
 4. Na podstawie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielanych świadczeń opiekuńczych zdefiniowanych w § 2.
 5. Świadczenia opiekuńcze udzielane są przez Ubezpieczyciela za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.
 6. Ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia jedynie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia.
 7. Wszystkie świadczenia opiekuńcze wykonywane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 8. Górny limit na świadczenia o których mowa w § 2 ust. 2, 3, 4, 5, wynosi łącznie 2 000 zł na każde zdarzenie ubezpieczeniowe.
 9. O celowości organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 2 decyduje lekarz prowadzący leczenie w porozumieniu z lekarzem Centrum Operacyjnego.
 10. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest na cudzy rachunek i składka finansowana jest przez Ubezpieczonego, Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczonego na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej.
 11. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje na piśmie osobie zainteresowanej przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Informacje te mogą być przekazane na innym trwałym nośniku, jeśli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę.

§ 2. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Zakres ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze:
 - 1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia nagłego zachorowania;
 - 2) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w przypadku urodzenia się dziecka;
 - 4) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej;
 - 5) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonego takich jak:
 - a) zgon dziecka Ubezpieczonego
 - b) zgon małżonka Ubezpieczonego
 - c) zgon rodzica Ubezpieczonego
 - d) ciężkie zachorowanie Ubezpieczonego;
 - 6) zdrowotne usługi informacyjne;
 - 7) dostęp do infolinii „Baby Assistance”;
 - 8) telefoniczna konsultacja medyczna.
2. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1) i 2) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) **wizyta lekarza** – w sytuacji gdy na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1) lit. a lub lit. b Ubezpieczony wymaga wizyty lekarskiej Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizuje i pokryje koszty dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego. W odniesieniu do nagłego zachorowania wizyta lekarza świadczona jest maksymalnie 3 razy w ciągu roku;
 - 2) **transport medyczny z miejsca zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do odpowiedniej placówki medycznej** wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1), lit. a lub lit. b, wymagającego pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 3) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1), lit. a lub lit. b Ubezpieczony przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 4) **transport medyczny między placówkami medycznymi** w przypadku gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1), lit. a lub lit. b nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 5) **dostarczenie do miejsca pobytu leków** zaordynowanych przez lekarza w sytuacji gdy Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1), lit. a lub lit. b zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wymaga leczenia. Ubezpieczyciel pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) **wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1), lit. a lub lit. b Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu Ubezpieczyciel zapewnia pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) **organizacja dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1), lit. a lub lit. b Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) **wizyta pielęgniarki** – w sytuacji gdy Ubezpieczony na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1), lit. a lub lit. b wymaga pomocy pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki.
3. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1, pkt 3) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia, jakim jest urodzenie się dziecka:
 - 1) **pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala. Ubezpieczyciel pokrywa koszty jednej wizyty do łącznej kwoty 200 zł. Opieka nad nowonarodzonym dzieckiem obejmuje:
 - a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia,
 - b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka,
 - c) porady w razie problemów z laktacją,
 - d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu,
 - e) edukację w zakresie szczepień ochronnych.
4. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1, pkt 4) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia jakim jest nagłe zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej:
 - 1) **opieka nad dziećmi Ubezpieczonego lub osobą niesamodzielną w razie ich nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku potwierdzonego przez lekarza nagłego zachorowania dziecka lub osoby niesamodzielnej lub udokumentowanego nieszczęśliwego wypadku dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną przez okres maksymalnie dwóch dni. Świadczenie jest realizowane maksymalnie 2 razy w ciągu roku na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą jedynie w sytuacji gdy Ubezpieczony nie może skorzystać ze zwolnienia lekarskiego a w miejscu zamieszkania nie ma żadnej innej osoby, która mogłaby sprawować opiekę;
 - 2) **organizacja pobytu Ubezpieczonego bądź jego współmałżonka w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka** – w sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego jest hospitalizowane na skutek nagłego zachorowania bądź nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko Ubezpieczonego lub hotelu przyszpitalnym do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

5. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1, pkt 5), Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Na prośbę Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.
6. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1, pkt 6), Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu:
 - 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania,
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.,
 - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych,
 - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu,
 - 7) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach,
 - 8) informowanie o przebiegu zalewania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby,
 - 9) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach przepisów obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej),
 - 10) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - 11) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,
 - 12) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę,
 - 13) informacja dla podróżnych na temat szczepień oraz zagrożeń epidemiologicznych.
7. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1, pkt 7), Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance” do informacji o:
 - 1) objawach ciąży,
 - 2) badaniach prenatalnych,
 - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu,
 - 4) szkolach rodzenia,
 - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - 6) karmieniu noworodka,
 - 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci,
 - 8) pielęgnacji noworodka.
8. W ramach świadczenia w ust. 1, pkt 8), Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu całodobowy, telefoniczny dostęp do lekarza Centrum Operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania.
9. Informacje, o których mowa w ust. 6, 7 i 8 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego lub Ubezpieczyciela.
2. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko, nr PESEL;
 - b) adres zamieszkania;
 - c) numer polisy;
 - d) okres ubezpieczenia;
 - e) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - g) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć wskazane dokumenty, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
4. Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu przez Ubezpieczonego obowiązków określonych w ustępach powyższych.
5. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować Ubezpieczonego.
6. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3 niniejszego paragrafu, Ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
7. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w § 2, ust. 2, 3, 4 i 5 Ubezpieczyciel może zwrócić Ubezpieczonemu w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez Centrum Operacyjne. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.
8. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego.

§ 5. REKLAMACJE

1. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 52 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, bądź ich spadkobiercy mogą złożyć do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa w formie:
 - A. ustnej – telefonicznie na numer telefonu: 22 522 26 40 (dostępny w dni robocze w godzinach 8-16) albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - B. pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - C. elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
 - 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem treści § 4. ust. 7;
 - 3) kosztów zakupu leków (Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 4) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - c) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarskimi bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - d) chorób psychicznych;
 - e) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - k) chorób przewlekłych, zdiagnozowanych przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia.
2. AWP P&C S.A. Oddział w Polsce rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególności skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni. O wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
3. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej za pośrednictwem poczty tradycyjnej. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
4. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej.
5. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
6. Osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy grupowego ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – udział Ubezpieczyciela w takim postępowaniu jest obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl

Komentarz:

Biuro Rzecznika Finansowego

Al. Jerozolimskie 87
02-001 Warszawa
tel. +48 22 333-73-26, +48 22 333-73-27 – Recepcja
fax +48 22 333-73-29
www.rf.gov.pl

§ 4. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU SZKODY

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum Operacyjnym. Centrum Operacyjne czynne jest całą dobę, 365 dni w roku.

Infolinia Konsumentcka

Infolinia prowadzona przez Federację Konsumentów
telefon: 800 889 866 (od poniedziałku do piątku w godz. 8:00-17:00)
e-mail: info@federacja-konsumentow.org.pl

7. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
8. Do realizacji postanowień niniejszych OWU w imieniu i na rachunek Ubezpieczyciela uprawnione jest Centrum Operacyjne.
9. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz obowiązujących powszechnie aktów prawnych w zakresie umowy ubezpieczenia.
10. Prawem właściwym dla niniejszego OWU jest prawo polskie.
11. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z umowy ubezpieczenia, bądź ich spadkobiercami jest język polski.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd powszechny. W razie, gdy powództwo zostanie wytoczone przeciwko Ubezpieczycielowi jako pozwanemu, winien on być oznaczony jako AWP P&C S.A. Oddział w Polsce zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000189340, NIP 107-00-00-164, z siedzibą w Warszawie (02-672) przy ul. Domaniewskiej 50B. Ubezpieczonemu lub Ubezpieczającemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz ich spadkobiercom przysługuje prawo wyboru sądu właściwego według przepisów o właściwości ogólnej, tj. sądu właściwego dla siedziby Ubezpieczyciela albo sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo ich spadkobiercy.

§ 6. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 6-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie może jednak nastąpić wcześniej niż po upływie pierwszych 12 miesięcy obowiązywania umowy.
3. Niezależnie od ust. 2, Ubezpieczający ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku jej niewykonywania lub nienależytego wykonywania przez Ubezpieczyciela lub podmioty, z którymi Ubezpieczyciel współpracuje przy jej realizacji, pomimo uprzedniego wezwania Ubezpieczyciela do wykonywania umowy lub zaniechania jej nienależytego wykonania i wyznaczenia mu w tym celu co najmniej 30-dniowego terminu na usunięcie naruszeń.
4. Niezależnie od ust. 2, Ubezpieczyciel ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia po stronie Ubezpieczającego zwłoki w zapłacie składki, trwającej ponad 30 dni lub w razie rażącego i zawinionego naruszenia przez Ubezpieczającego postanowień umowy. Rozwiązanie umowy w powyższych przypadkach może nastąpić wyłącznie po uprzednim pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty lub do usunięcia naruszeń w dodatkowym terminie 30 dni.
5. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia z zachowaniem okresu wypowiedzenia umowy, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest wykonywać określone umową obowiązki w odniesieniu do ubezpieczonych, którzy przystąpili do umowy ubezpieczenia, jednakże w stosunku do każdego z ubezpieczonych nie dłużej niż do dnia wygaśnięcia umowy ubezpieczenia zdrowotnego, którą był objęty.
6. Postanowienia ust. 5 mają zastosowanie również wobec tych ubezpieczonych, którzy w ramach umowy ubezpieczenia zdrowotnego przystąpili do ubezpieczenia „Program Assistance” po rozwiązaniu umowy pod warunkiem, iż zawarcie umowy ubezpieczenia zdrowotnego nastąpiło przed rozwiązaniem umowy i pod warunkiem opłacenia składki przez Ubezpieczającego.
7. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania umowy, składając Ubezpieczającemu oświadczenie na piśmie. Wystąpienie z umowy ubezpieczenia wywołuje skutek z ostatnim dniem miesiąca, w którym złożono oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, z zastrzeżeniem, że oświadczenie to winno być złożone przynajmniej na jeden dzień przed dniem, w którym wywołuje ono skutek.

Niniejsze OWU przyjęte zostały Uchwałą Zarządu AWP P&C S.A. Oddział w Polsce nr U/35/2016 z dnia 16 grudnia 2016 roku, które wchodzi w życie z dniem 10 stycznia 2017 roku.



Tomasz Frączek
Dyrektor Oddziału