

**Informacja do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Assistance medyczny
zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności
ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844)**

Rodzaj informacji	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 5, § 7 ust. 4
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 § 7 ust. 2, 5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ASSISTANCE „ASSISTANCE MEDYCZNY”

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, AGA International S.A. Oddział w Polsce, zwany dalej Ubezpieczycielem, zapewnia ochronę ubezpieczeniową Ubezpieczonym, którzy otrzymali od Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., zwanego dalej „NN TUnŻ”, Voucher, oraz zawarli Umowę ubezpieczenia opłacając składkę ubezpieczeniową poprzez aktywowanie Vouchera.
OWU „Assistance medyczny” mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, zawieranych z osobami fizycznymi, za pośrednictwem serwisu internetowego nn-medyczna.pomoc-fachowcow.pl.
2. Do realizacji postanowień niniejszych OWU w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela uprawnione jest Centrum Operacyjne. Do zakresu uprawnień Centrum Operacyjnego należy:
 - 1) przyjmowanie i rejestracja zgłoszeń zdarzeń,
 - 2) weryfikacja ważności uprawnień wynikających z wystawionych Ubezpieczającym Dokumentów ubezpieczenia,
 - 3) rozpatrywanie roszczeń z tytułu Umów ubezpieczenia.
3. Usługi assistance, wymienione w niniejszych OWU są świadczone wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Administratorem danych osobowych Ubezpieczonego jest AGA International S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-672) przy ul. Domaniewskiej 50B. Ubezpieczony ma prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, żądania zaprzestania przetwarzania danych oraz do wniesienia sprzeciwu na warunkach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Celem przetwarzania danych osobowych jest należyte wykonywanie Umowy Ubezpieczenia.
5. Prosimy zwrócić uwagę na treść definicji opisanych w § 2, gdyż opisy pojęć tam występujących mają szczególne znaczenie dla zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i mogą odbiegać od potocznego ich znaczenia. Definiowane pojęcia zostały zamieszczone w porządku alfabetycznym i zapisane zostały wielką literą.

§ 2. DEFINICJE

1. **Akt terroryzmu** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
2. **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-672) przy ul. Domaniewskiej 50b, której Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany zgłosić Zdarzenie ubezpieczeniowe pod numerem telefonu: (22) 522 29 64 lub (22) 22 232 29 64, e-mail: assistance@mondial-assistance.pl.

3. **Choroba przewlekła** choroba charakteryzująca się powolnym rozwojem lub długookresowym przebiegiem, jeśli:
 - 1) zdiagnozowano ją przed objęciem ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia lub
 - 2) z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 12 miesięcy przed objęciem ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia.
4. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD–10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99).
5. **Członek rodziny** – mąż, żona, konkubent, wstępny, zstępny, brat, siostra, bratanek, bratanica, siostrzeniec, siostrzenica, ojczym, macocha, pasierb, teść, teściowa, zięć, synowa, bratowa, szwagier, szwagierka, przysposobiony, przysposabiający, pozostający pod opieką lub przyjęty na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu przepisów prawa rodzinnego.
6. **Data wypowiedzenia umowy o pracę** – data wskazana w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy o pracę.
7. **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
8. **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18 roku życia.
9. **Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego (lub Dziecka), niebędący ani Członkiem rodziny Ubezpieczonego ani Lekarzem uprawnionym;
10. **Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego.
11. **Miejsce zamieszkania** – mieszkanie lub dom, którego adres został wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
12. **Nagłe zachorowanie** – powstały w okresie ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego (lub Dziecka), wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej.
13. **Nieszczęśliwy wypadek** – powstałe w Okresie ochrony ubezpieczeniowej nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony (lub Dziecko), niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu.
14. **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
15. **Okres ochrony ubezpieczeniowej** – wskazany w Dokumencie ubezpieczenia okres, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, rozpoczynający się nie wcześniej niż następnego dnia po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia i trwający 6 miesięcy.
16. **Pracodawca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczonym umowę o pracę.
17. **Szpital** – placówka opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie całodobowej opieki w zakresie leczenia i diagnostyki w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny. Za Szpital w rozumieniu niniejszych OWU nie jest uważany: dom opieki, dom pomocy społecznej, ośrodek dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgniarska, hospicjum onkologiczne, ośrodek leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodek rekonwalescencyjny, uzdrowiskowy, sanatoryjny ani ośrodek wypoczynkowy; za Szpital nie uważa się również: szpitala rehabilitacyjnego, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów dziennego pobytu, jak również ośrodków rehabilitacji

oraz zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacyjnego.

18. **Transport medyczny** – transport do Placówki medycznej, z Placówki medycznej i pomiędzy Placówkami medycznymi zapewniony Ubezpieczonemu przez Centrum Operacyjne, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego; Za Transport medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej.
19. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę ubezpieczenia i finansuje składkę ubezpieczeniową Voucherem otrzymanym od NN TUnŻ; Ubezpieczający jest zawsze Ubezpieczonym.
20. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę ubezpieczenia, aktywując Voucher.
21. **Ubezpieczyciel** – AGA International S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie (02–672) przy ul. Domaniewskiej 50b, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000189340.
22. **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU pomiędzy Ubezpieczającym i Ubezpieczycielem, za pośrednictwem serwisu internetowego nn-medyczna.pomoc-fachowcow.pl.
23. **Usługi assistance** – usługi, których świadczenie jest przedmiotem ubezpieczenia, polegające na zorganizowaniu i pokryciu kosztów pomocy udzielonej Ubezpieczonemu oraz zapewnieniu usług informacyjnych w zakresie i granicach określonych w OWU.
24. **Utrata pracy przez Ubezpieczonego** – w rozumieniu niniejszych OWU: otrzymanie oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym, z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy.
25. **Voucher** – przekazana mailowo przez NN TUnŻ ulotka zawierająca kod, po którego aktywowaniu, za pośrednictwem serwisu internetowego nn-medyczna.pomoc-fachowcow.pl, istnieje możliwość zawarcia Umowy ubezpieczenia.
26. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – powstałe w Okresie ochrony ubezpieczeniowej zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na podstawie Umowy ubezpieczenia polegające na:
 - 1) wystąpieniu u Ubezpieczonego Nagłego zachorowania,
 - 2) doznaniu przez Ubezpieczonego obrażeń ciała będących następstwem Nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) utrata pracy przez Ubezpieczonego, tj. otrzymanie oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy (ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości lub likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych).

§ 3. Zawarcie i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia, Okres ochrony ubezpieczeniowej

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta przez Ubezpieczającego na podstawie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia składanego za pośrednictwem serwisu internetowego nn-medyczna.pomoc-fachowcow.pl.
2. Szczegółowy tryb zawarcia Umowy ubezpieczenia określa regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną, udostępniony Ubezpieczającemu przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.

3. Okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym Ubezpieczający złożył wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem serwisu internetowego nn-medyczna.pomoc-fachowcow.pl i trwa kolejne 6 miesięcy.
4. Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu niniejsze OWU przed złożeniem wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Dokumentem ubezpieczenia.
6. Dokument ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 powyżej, powinien zawierać co najmniej:
 - 1) indywidualny numer dokumentu i datę jego sporządzenia,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, adres Miejsca zamieszkania,
 - 3) daty początku i końca Okresu ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) zakres ubezpieczenia,
 - 5) wysokość składki ubezpieczeniowej,
 - 6) numer telefonu do Centrum Operacyjnego.
7. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem zajścia jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) upływu Okresu ochrony ubezpieczeniowej, wskazanego w Dokumencie ubezpieczenia,
 - 2) śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) wysłania przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia zawartej przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, zgodnie z ust. 9,
 - 4) przesłania przez Ubezpieczającego do Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 10.
8. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą jej zaakceptowania przez Ubezpieczającego, nie wcześniej niż po potwierdzeniu przez Ubezpieczającego doręczenia OWU oraz zaakceptowaniu ich treści.
9. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia przez konsumenta przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, termin, w którym Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia Ubezpieczającemu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów o ochronie konsumentów dotyczących zawierania umów przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia zostało wysłane.
10. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia w każdym czasie, po upływie 30 dni od jej zawarcia. Wypowiedzenie jest skuteczne z dniem złożenia w siedzibie Ubezpieczyciela albo wysłania na adres Ubezpieczyciela oświadczenia o wypowiedzeniu.
11. Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający składa bezpośrednio Ubezpieczycielowi. Za datę złożenia oświadczenia przyjmuje się datę powiadomienia Ubezpieczyciela o odstąpieniu lub wypowiedzeniu. Termin do złożenia oświadczenia uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane na adres Ubezpieczyciela albo złożone w siedzibie Ubezpieczyciela.

12. Oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia powinny być złożone Ubezpieczycielowi w formie pisemnej.

§ 4. SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Składka ubezpieczeniowa jest finansowana przez Ubezpieczającego Voucherem, który uprawnia do zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo przez Ubezpieczającego poprzez wpisanie kodu z Vouchera, w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia, za cały okres trwania Umowy ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu ochrony ubezpieczeniowej ustalana jest przez Ubezpieczyciela z uwzględnieniem zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz Okresu ochrony ubezpieczeniowej, która odpowiada wartości Vouchera.
4. Wysokość składki ubezpieczeniowej wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 5. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia następującego Zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) wystąpienie u Ubezpieczonego Nagłego zachorowania,
 - b) wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego,
 - c) Utrata pracy przez Ubezpieczonego,
 - 2) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Dziecku w razie wystąpienia Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Dziecka,
 - 3) **zdrowotne usługi informacyjne,**
 - 4) **infolinię „baby assistance”,**
 - 5) **infolinię „fitness assistance”,**
 - 6) **infolinię kulturalną.**
2. W ramach świadczeń przysługujących po Nagłym zachorowaniu lub Nieszczęśliwym wypadku Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel, na wniosek Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty następujących Usług assistance:
 - 1) **Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej,** gdy Ubezpieczony wymaga, zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego leczenie, wizyty w przychodni lub pobytu w Szpitalu, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego,
 - 2) **Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu,** gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony przebywał w placówce medycznej, o ile w opinii Lekarza prowadzącego leczenie wymaga Transportu medycznego do miejsca pobytu,
 - 3) **Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi,** gdy Placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu

zdrowia lub gdy Ubezpieczony został skierowany przez Lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej,

- 4) **dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza**, gdy Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia oraz zażywania leków. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 300 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach. Koszty leków pokrywa Ubezpieczony.
3. W ramach świadczeń przysługujących po Nagłym zachorowaniu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty poniższej usługi:
 - 1) **wizyta lekarska** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w Placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza w miejscu pobytu Ubezpieczonego, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Ubezpieczonemu przysługują maksymalnie 2 wizyty lekarskie po Nagłym zachorowaniu w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
4. W ramach świadczeń przysługujących po Nieszczęśliwym wypadku Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel, na wniosek Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty poniższych usług:
 - 1) **wizyta pielęgniarki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, zgodnie z pisemnym zaleceniem wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu od Lekarza prowadzącego leczenie,
 - 2) **wizyta lekarska** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w Placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium lekarza w miejscu pobytu Ubezpieczonego, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.
5. W ramach świadczeń przysługujących w przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu dostęp oraz organizację i pokrycie kosztów poniższych Usług assistance:
 - 1) **pakiet informacyjny** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy, wysyła do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) instrukcje dotyczące pisania CV oraz wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV);
 - b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego,
 - c) instrukcje dotyczące pisania biznesplanu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznesplanu.
 - 2) **informacja telefoniczna** – Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do następujących 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 terytorium 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.
- 3) **aktywne poszukiwanie pracy** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy, biura pośrednictwa lub Ubezpieczyciel niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym przez okres 6 miesięcy liczonym od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 4) **pomoc psychologa po utracie pracy** – Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 PLN. Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczonego świadczy poprzez Centrum Operacyjne usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6 miesięcy od daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. W ramach świadczeń przysługujących po Nagłym zachorowaniu lub Nieszczęśliwym wypadku Dziecka, Ubezpieczyciel, na wniosek Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty poniższych Usług assistance:
- 1) **Prywatne lekcje** – jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania, Dziecko będzie musiało przebywać w domu powyżej 10 dni, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wystawionego przez Lekarza prowadzącego leczenie, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty prywatnych lekcji w Miejscu zamieszkania do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) **Opieka nad Dziećmi** – jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania, Dziecko będzie musiało przebywać w domu powyżej 10 dni, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wystawionego przez Lekarza prowadzącego leczenie, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem w Miejscu zamieszkania Dziecka do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego. Opieka nad Dziećmi jest realizowana za pisemną zgodą Ubezpieczonego.
7. Usługi wymienione w ust. 2-6 są świadczone do łącznej kwoty 2000 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego z zastrzeżeniem, iż limity kwotowe, o których mowa w ust. 2 pkt. 4, ust. 5 pkt. 4 oraz ust. 6 zawierają się w tej kwocie. Limit kwotowy może być wykorzystywany wielokrotnie pod warunkiem, że odnosi się do różnych Zdarzeń ubezpieczeniowych.
8. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wynikających z 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.
9. W ramach **zdrowotnych usług informacyjnych** Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu:

- 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży,
 - 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) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu odpowiedzi na zadane pytania.
10. W ramach **infolinii „baby assistance”** Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:
- 1) objawach ciąży,
 - 2) badaniach prenatalnych,
 - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu,
 - 4) szkołach rodzenia,
 - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - 6) karmieniu i pielęgnacji noworodka,
 - 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci.
11. W ramach **infolinii „fitness assistance”** Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:
- 1) uwarunkowaniach zdrowotnych i przeciwwskazaniach w uprawianiu konkretnej dyscypliny sportu,
 - 2) różnorodnych formach aktywności ruchowej i związanych z tym uwarunkowań dla kobiet w ciąży,
 - 3) rodzajach diet: nawyki żywieniowe, błędy żywieniowe, pomoc w zrozumieniu procesów i reakcji zachodzących w organizmie,
 - 4) klubach sportowych, salonach kosmetycznych, salonach SPA i basenach w okolicy Miejsca zamieszkania,
 - 5) imprezach i wydarzeniach sportowych odbywających się w kraju lub za granicą,
12. W ramach **infolinii kulturalnej** Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:
- 1) imprezach muzycznych, koncertach, seansach filmowych, imprezach teatralnych, imprezach plenerowych, wystawach i innych wydarzeń kulturalnych odbywających się w okolicy Miejsca zamieszkania,
 - 2) cenach biletów na wydarzenia kulturalne i ich dostępności,
 - 3) wolnych miejscach noclegowych w danym mieście,
 - 4) dogodnych sposobach komunikacji w danym mieście.

§ 6. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje zdarzeń powstałych z tytułu lub w bezpośrednim następstwie:

- 1) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego; Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony wyrządził szkodę umyślnie; w razie rażącego niedbalstwa spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego nie należy się, chyba że spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
- 2) powstałe na skutek popełnienia przestępstwa umyślnego lub jego usiłowania w rozumieniu ustawy Kodeks karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania w rozumieniu ustawy Kodeks karny skarbowy, wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu ustawy Kodeks wykroczeń lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych,
- 3) zdarzeń powstałych przed początkiem Okresu ochrony ubezpieczeniowej,
- 4) umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez Ubezpieczonego,
- 5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością,
- 6) Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiły przed początkiem Okresu ochrony ubezpieczeniowej,
- 7) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami,
- 8) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
- 9) leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego,
- 10) wad wrodzonych,
- 11) Zarażenia się HIV, AIDS, chorobami przekazywanymi drogą płciową,
- 12) Chorób przewlekłych,
- 13) nieprzestrzegania zaleceń lekarza,
- 14) leczenia medycznego, zachowawczego lub zapobiegawczego, chyba, że było ono zalecone przez Lekarza uprawnionego,
- 15) amatorskiego uprawiania sportów ekstremalnych; sporty ekstremalne to: abseiling, alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, bouldering, canoeing górski, downhill MTB, ekstremalne maratony biegowe, football amerykański, freeskiing (narciarstwo poza wyznaczonymi trasami), gimnastyka sportowa i akrobatyczna, heli-skiing, heli-snowboarding, himalaizm (wyprawy w góry powyżej 5500 m. n.p.m.), kajakarstwo górskie, kite-snowboarding, kite-skiing, kite-surfing, motocross, nurkowanie z akwalungiem poniżej 30 m, polo, rafting, rajdy terenowe, rugby, saneczkarstwo, skoki do wody, skoki na bungee, skoki spadochronowe, jazda skuterem wodnym, speleologia, szybownictwo, taternictwo, triathlon, signum polonicum, walki rycerskie, wspinaczka indoorowa, wspinaczka lodowa, wspinaczka wysokogórska, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
- 16) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu; wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu to regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawionej dyscypliny sportu,
- 17) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów: trzęsienia ziemi, nagła zmiany temperatury, powódzie, huragany, pożar, wybuch, wyładowania atmosferyczne.

- 18) opóźnienia lub braku świadczenia Ubezpieczyciela wskutek strajków, niepokoїв społecznych, zamieszek, aktów terroryzmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego,
 - 19) opóźnienia lub braku świadczenia Ubezpieczyciela wskutek udokumentowanego przez Ubezpieczyciela działania siły wyższej,
 - 20) strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
 - 21) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego,
 - 22) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezarekwirowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia,
 - 23) Choroby psychicznej.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów powstałych z tytułu i w bezpośrednim następstwie:
- 1) leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej medycznie skuteczności,
 - 2) leczenia sanatoryjnego, ze wskazań estetycznych, helioterapii, niezależnie od powodu wykonania,
 - 3) leczenia powstałego na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroryzmu, powstania, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy,
 - 4) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków zapobiegawczych,
 - 5) świadczeń i usług medycznych w związku ze zdarzeniami, które miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 6) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 7) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

§ 7. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU POWSTANIU SZKODY

1. Ubezpieczony lub osoba kontaktująca się w jego imieniu ma obowiązek niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, powzięciu informacji o jego powstaniu lub zaistnieniu konieczności skorzystania z Usług assistance powiadomić o tym fakcie Centrum Operacyjne pod numer telefonu: (22) 22 522 29 64 do Centrum Operacyjnego i podać następujące informacje:
 - 1) status osoby zgłaszającej,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 3) miejsce pobytu osoby zgłaszającej,
 - 4) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą lub Ubezpieczonym,
 - 5) opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy.

2. W przypadku gdy Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił obowiązku zgłoszenia zdarzenia lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami Centrum Operacyjnego, Ubezpieczyciel ma prawo odpowiednio zmniejszyć świadczenie, o ile niezgłoszenie zdarzenia lub postępowanie niezgodnie z dyspozycjami Centrum Operacyjnego miało wpływ na zwiększenie rozmiaru szkody lub możliwość jej ustalenia.
3. Warunkiem uzyskania świadczeń przysługujących w przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego jest przesłanie do Centrum Operacyjnego oświadczenia Pracodawcy dokumentującego wypowiedzenie umowy o pracę z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy.
4. W przypadku braku zgłoszenia zdarzenia, roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego pełnej dokumentacji, niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. kserokopii diagnozy lekarskiej, dokumentów stwierdzających przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz dowodów poniesionych kosztów.
5. W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Centrum Operacyjnego, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
6. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenia przysługujące z tytułu Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia.
7. Jeżeli wyjaśnienie, w terminie 30 dni, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie 30 dni.

§ 8. ROSZCZENIA REGRESOWE

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem zapłaty odszkodowania przez Ubezpieczyciela roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości zapłaconego odszkodowania. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Na żądanie Ubezpieczyciela, Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, udzielając wymaganych przez Ubezpieczyciela informacji i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

§ 9. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i uprawnionego z umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem zgłoszenia szkody, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy mogą złożyć do AGA International S.A. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa w formie:
 - 1) ustnej – telefonicznie na numer telefonu: 22 522 26 40 (dostępny w dni robocze w godzinach 8-16) albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - 2) pisemnej - przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - 3) elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
3. AGA International 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 szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni, o wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej za pośrednictwem poczty tradycyjnej. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
5. 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 AGA International 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.
6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercom przysługuje prawo do wnioskowania o pozasądowe rozstrzygnięcia sporu z Ubezpieczycielem przez Rzecznika Finansowego:

Biuro Rzecznika Finansowego
Al. Jerozolimskie 87
02-001 Warszawa
tel. +48 22 333-73-26 - Recepcja
+48 22 333-73-27 - Recepcja
faks +48 22 333-73-29
www.rf.gov.pl
Infolinia Konsumentcka
Infolinia prowadzona przez Federację Konsumentów
telefon: 800 007 707 (od poniedziałku do piątku w godz. 9:00-17:00)
e-mail: info@federacja-konsumentow.org.pl
7. Prawem właściwym dla OWU jest prawo polskie.

8. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
9. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia można rozwiązać polubownie za pośrednictwem Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego lub Sądu Polubownego przy Rzeczniku Finansowym, co wymaga zgody Ubezpieczyciela.
Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego
Departament Ochrony Klientów
Pl. Powstańców Warszawy 1
00-950 Warszawa
tel. 22 26 24 054
sad.polubowny@knf.gov.pl
www.knf.gov.pl
Sąd Polubowny przy Rzeczniku Finansowym
Al. Jerozolimskie 87
02-001 Warszawa
tel. +48 22 333-73-26 - Recepcja
+48 22 333-73-27 - Recepcja
faks +48 22 333-73-29
www.rf.gov.pl
10. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
11. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
12. Niniejsze OWU przyjęte zostały Uchwałą Dyrekcji AGA International S.A. Oddział w Polsce nr U/020/2016 z dnia 22.04.2016 r. i wchodzi w życie z dniem 22.04.2016 r.