

Informacja do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Assistance - Nieszczęśliwy Wypadek” zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej		
	RODZAJ INFORMACJI:	NUMER ZAPISU Z OWU:
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	§ 1 ust. 4, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 4, § 4, § 7 ust. 4, § 7 ust. 6, § 9 ust. 3, § 9 ust. 4, § 11 ust. 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „ASSISTANCE – NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK”

§1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Assistance – Nieszczęśliwy Wypadek”, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia, zwanej dalej Umową ubezpieczenia, zawartej pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, zwaną dalej Ubezpieczycielem, a CNP Santander Insurance Europe DAC z siedzibą w Dublinie, zwanym dalej Ubezpieczającym, na rzecz klientów Ubezpieczającego, którzy zawarli z Ubezpieczającym Umowę podstawową, zwanych dalej Ubezpieczonymi.
- Na podstawie niniejszych OWU Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonym ochronę w zakresie:
 - Ubezpieczenia sanatoryjnego, o którym mowa w § 6;
 - Ubezpieczenia pomocy w razie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, o której mowa w § 8;
 - Ubezpieczenia pomocy w razie śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o której mowa w § 10.
- Do zakresu uprawnień Ubezpieczyciela należą:
 - przyjmowanie i rejestracja zgłoszeń zdarzeń;
 - weryfikacja uprawnień Ubezpieczonego do świadczeń przysługujących na podstawie Umowy ubezpieczenia;
 - rozpatrywanie roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia.
- Świadczenia na podstawie niniejszych OWU są udzielane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Administratorem danych osobowych Ubezpieczonego jest Ubezpieczyciel. 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 świadczeń w zakresie świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego na podstawie niniejszych OWU. Ubezpieczyciel jest uprawniony do dalszego powierzenia danych osobowych Ubezpieczonego w w/w celu i zakresie.
- Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje OWU osobie zainteresowanej przystąpieniem do Umowy grupowego ubezpieczenia na piśmie lub na innym trwałym nośniku, jeśli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę.

§2. DEFINICJE

Pojęcia w OWU pisane wielką literą mają znaczenie nadane im w niniejszym paragrafie:

- Akt terroryzmu** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne albo grupowe, skierowane przeciwko osobom bądź 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.
- Aktywność zawodowa** – oznaczają:
 - świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy w wymiarze co najmniej 20 godzin tygodniowo;
 - świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej;
 - prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej (w tym rolniczej) lub zawodowej;
 - prowadzenie działalności rolniczej niezakwalifikowanej do pkt 3) powyżej.
- Bójka** – starcie fizyczne pomiędzy co najmniej trzema osobami, z których każda jednocześnie atakuje i broni się, w trakcie którego występuje niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia ciężkiego bądź średniego uszczerbku na zdrowiu.
- Członek rodziny** – Współmałżonek, Dzieci, rodzice Ubezpieczonego.
- Deklaracja zgody** – oświadczenie woli osoby zainteresowanej przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, wyrażające zgodę na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową, znajdujące się w Umowie podstawowej.
- Działania wojenne** – zorganizowane działania z zastosowaniem sił lądowych, morskich lub powietrznych, będące wynikiem konfliktu zbrojnego między państwami, narodami lub grupami społecznymi.
- Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- Dziecko** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, pod fachową opieką lekarską, poprzedzony odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu trwający krócej niż 24 godziny, pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
- Katastrofy naturalne** – trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne.
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela.
- Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, niebędący Członkiem rodziny ani Lekarzem Ubezpieczyciela.
- Miejsce zamieszkania** – adres budynku lub lokalu mieszkalnego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazany przez Ubezpieczonego jako miejsce stałego zamieszkania.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane Przyczyną zewnętrzną, które spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała.
- Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony w zakresie opisanym w OWU.
- Pojazd** – należący do Ubezpieczonego samochód osobowy o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony, liczbie miejsc pasażerskich nie większej niż 7 (wraz z kierowcą), zaopatrzony w polskie znaki rejestracyjne, dopuszczony do ruchu na drogach publicznych.
- Pojazd mechaniczny** – pojazd drogowy lub szynowy napędzany umieszczonym w nim silnikiem, jak również maszyna samobieźna i motorower.
- Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Poradnia rehabilitacyjna** – przychodnia lub gabinet fizjoterapii, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie losowe, które było wyłącznym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia fizycznych obrażeń ciała, polegających na oddziaływaniu na ciało:
 - energii kinetycznej – czynników mechanicznych lub siły grawitacji powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
 - energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
 - czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc;
 - czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.
- Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia kierowane do Ubezpieczyciela lub innych właściwych organów, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
- Sanatorium** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład lecznictwa uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa), zgodnie z art. 6 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.
- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie w zgłoszeniu zdarzenia przez Ubezpieczonego lub opóźnienie wykonania świadczenia przez Ubezpieczyciela.
- Sporty niebezpieczne** – amatorskie uprawianie następujących dyscyplin i aktywności sportowych: wspinaczka górską i skałkowa, speleologia, rafting i wszystkie jego odmiany, wyścigi samochodowe lub motocyklowe w tym motocross, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, żeglarstwo morskie, myślistwo, sztuki walki i sporty obronne, kolarstwo górskie, narciarstwo (narty/snowboard) poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, skoki narciarskie, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na bezdnie, canyoning, baloniarstwo, bungee, B.A.S.E. jumping, surfing, kitesurfing, windsurfing, paralotniarstwo, szybownikstwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo oraz wszelkie ich odmiany, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów). Za sporty ekstremalne uważa się również uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, charakterystycznych się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2 500 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe lub śnieżne.
- Sporty uprawiane wyczynowo** – uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych polegające na uczestniczeniu w treningach, obozach, zawodach sportowych, a także traktowanie sportu jako zawód, stałe jego wykonywanie w celach zarobkowych.
- Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju Świadczenia szpitalne, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- Świadczenie szpitalne** – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całonocnych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.
- Transport medyczny** – transport do i z Placówki medycznej lub transport do i z Poradni rehabilitacyjnej, zapewniony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego.
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek Aktywności zawodowej, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona orzeczeniem wydanym na okres co najmniej 12 miesięcy przez właściwego lekarza orzecznika (ZUS, KRUS), właściwą komisję lekarską, prawomocnym orzeczeniem lub prawomocnym wyrokiem sądu albo decyzją organu rentowego, zgodnie z właściwymi przepisami prawa, przy czym za datę wystąpienia tego Zdarzenia ubezpieczeniowego uznawana będzie data powstania nieodwracalnej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek Aktywności zawodowej.
- Ubezpieczający** – CNP Santander Insurance Europe DAC z siedzibą w Dublinie, Irlandia Block 8, Harcourt Centre, Dublin 2, zarejestrowany w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488062.
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która na podstawie złożonej Deklaracji zgody została zgłoszona do Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.

32. **Ubezpieczyciel** – spółka pod firmą AWP P&C S.A. Oddział w Polsce ze siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 50b, 02-672 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000189340, posiadająca nadany numer NIP: 107-00-00-164, REGON: 015647690, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L' Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.
33. **Umowa podstawowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia GO Protect – Nieszczęśliwy wypadek zawarta między Ubezpieczającym a Ubezpieczonym.
34. **Umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia Assistance – Nieszczęśliwy wypadek, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych.
35. **Uprawniony z Umowy ubezpieczenia** – uprawniony do żądania spełnienia przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia.
36. **Współmałżonek** – osoba, która z Ubezpieczonym pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, albo inna osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku partnerskim w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
37. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i uprawnia do skorzystania z pomocy w zakresie wynikającym z OWU, z zastrzeżeniem § 4:
 - 1) w zakresie Ubezpieczenia sanatoryjnego: co najmniej 7-dniowa Hospitalizacja Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) w zakresie Ubezpieczenia pomocy w razie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy: Nieszczęśliwy wypadek skutkujący orzeczeniem Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - 3) w zakresie Ubezpieczenia pomocy w razie śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku: śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
- 5) umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego;
- 6) zaburzeń psychicznych, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
- 7) udziału Ubezpieczonego w Bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
- 8) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 9) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- 10) Sportów uprawianych wyczynowo;
- 11) uprawiania Sportów niebezpiecznych;
- 12) uczestniczenia Ubezpieczonego w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotów wojskowych lub prywatnych linii nieposiadających stosownych licencji na przewóz pasażerów.

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczeń, jeżeli jest ono następstwem:
 - 1) działania Siły wyższej lub Katastrof naturalnych;
 - 2) strajków, niepokoїв społecznych, Aktów terroryzmu, Działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych.

§5. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

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

§6. UBEZPIECZENIE SANATORYJNE – PRZEDMIOT I ZAKRES

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić wyłącznie osoba fizyczna, która jest objęta ochroną z tytułu Umowy podstawowej.
2. Podstawą przystąpienia do Umowy ubezpieczenia jest złożenie Deklaracji zgody.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z Umowy ubezpieczenia jest oferowana w trakcie rozmowy telefonicznej na podstawie odrębnej zgody Ubezpieczonego; do objęcia go ochroną ubezpieczeniową stosuje się przepisy Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o objęciu ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia osoby, o której mowa w ust. 1, w trybie uzgodnionym w Umowie ubezpieczenia oraz przekazać tej osobie OWU przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z pierwszym dniem Okresu ochrony ubezpieczeniowej, przy czym nie wcześniej aniżeli w dniu opłacenia przez Ubezpieczającego całej składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczony ma prawo do wystąpienia z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W tym celu Ubezpieczony składa Ubezpieczającemu pisemne i podpisane przez siebie oświadczenie woli o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia, zawierające dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje z dniem złożenia oświadczenia.
7. Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony z możliwością jej wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
8. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia na piśmie w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielił ochrony ubezpieczeniowej.
9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:
 - 1) z końcem dnia, w którym Ubezpieczony wystąpił z Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 6;
 - 2) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 8;
 - 3) z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy podstawowej.
10. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

1. Przedmiotem ubezpieczenia są organizacja i pokrycie kosztów pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium, obejmujących koszty noclegu, wyżywienia oraz zaleconych zabiegów.
2. Ubezpieczyciel, po zakończeniu objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Hospitalizacji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, trwającej co najmniej 7 dob, organizuje i pokrywa koszty pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium, zgodnie z § 7 ust. 2-3.
3. Ubezpieczyciel pokrywa koszty pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium, o których mowa w ust. 1, do łącznej kwoty 2 000,00 PLN, jeden raz w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
4. Poniższa tabela przedstawia rodzaje świadczeń oraz limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Rodzaj świadczenia	Limit odpowiedzialności
Organizacja i pokrycie kosztów pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium: - koszty noclegu, - koszty wyżywienia, - koszty zaleconych zabiegów	Do 2 000,00 PLN/ 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej

§7. POSTĘPOWANIE W RAZIE POTRZEBY SKORZYSTANIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO Z POBYTU W SANATORIUM

1. W celu skorzystania z organizacji i pokrycia kosztów pobytu w Sanatorium Ubezpieczony (lub osoba występująca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu (+48) 22 563 11 89 lub 22 383 21 89 i podać następujące informacje:
 - 1) dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko oraz PESEL lub datę urodzenia);
 - 2) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą występującą w jego imieniu;
 - 3) datę zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
2. W celu realizacji świadczenia polegającego na organizacji i pokryciu kosztów pobytu w Sanatorium Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, zawierającą:
 - 1) informację o dacie początku i końca Hospitalizacji Ubezpieczonego oraz jej przyczynach, pozwalających ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela;
 - 2) pisemne zalecenie lub skierowanie od Lekarza prowadzącego leczenie, przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej;
 - 3) pisemne potwierdzenie od Lekarza prowadzącego leczenie o braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej.
3. W przypadku gdy karta informacyjna leczenia szpitalnego Ubezpieczonego nie zawiera informacji, o których mowa w ust. 2 pkt 2-3, Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć zalecenie lub skierowanie na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację uzdrowiskową, wystawione przez Lekarza prowadzącego leczenie po zakończeniu Hospitalizacji, wraz z pisemnym potwierdzeniem o braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej.
4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
5. W przypadku braku wskazania przez Lekarza prowadzącego leczenie proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej miejsce i rodzaj Sanatorium ustala Lekarz Ubezpieczyciela, w porozumieniu z Ubezpieczonym, w oparciu o informacje medyczne w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego, o której mowa w ust. 2.

§4. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe wskutek:
 - 1) Działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniowaniem;
 - 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
 - 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego Pojazdów mechanicznych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
 - 4) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;

6. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie organizacji i pokrycia kosztów pobytu w Sanatorium Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2-3 pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
7. Koszty pobytu w Sanatorium są pokrywane przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz Sanatorium.

§8. UBEZPIECZENIE POMOCY W RAZIE TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY – PRZEDMIOT I ZAKRES

1. **Przedmiotem ubezpieczenia są świadczenia na rzecz Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 4 pkt 1-4, w związku ze stwierdzoną Trwałą i całkowitą niezdolnością do pracy oraz zapewnienie dostępu do świadczeń informacyjnych, o których mowa w ust. 4 pkt 5.**
2. Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty pomocy w razie objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Nieszczęśliwego wypadku skutkującego orzeczeniem Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, o których mowa w ust. 4 pkt 1-4, do łącznej kwoty 10 000,00 PLN, która stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do danego Ubezpieczonego.
3. Poniższa tabela przedstawia rodzaj świadczeń oraz limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela:

Rodzaj świadczenia	Limit odpowiedzialności
Organizacja i pokrycie kosztów dostosowania Miejsca zamieszkania	łącznie do kwoty 10 000,00 PLN
Organizacja i pokrycie kosztów dostosowania Pojazdu	
Organizacja i pokrycie kosztów pomocy medycznej: - Transport medyczny, - Proces rehabilitacyjny	
Organizacja i pokrycie kosztów konsultacji psychologa	
Infolinia w zakresie PFRON	nielimitowany dostęp

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
- Organizację i pokrycie kosztów dostosowania Miejsca zamieszkania** do potrzeb Ubezpieczonego, w zależności od rodzaju dysfunkcji narządów ruchu, polegająca na:
 - likwidacji barier architektonicznych w Miejscu zamieszkania w postaci zamontowania podjazdów, podestów, platform i krzesełek schodowych,
 - oporcówzowaniu ciągów komunikacyjnych, toalet i łazienek w Miejscu zamieszkania;
 - Organizację i pokrycie kosztów dostosowania Pojazdu** do potrzeb osoby niepełnosprawnej, w zależności od dysfunkcji narządów ruchu u Ubezpieczonego, polegająca na adaptacji układu pedałów oraz montażu w Pojeździe następujących udogodnień:
 - ręcznego sterowania gazem i hamulcem,
 - fotela obrotowego,
 - uchwytów na kierownicę,
 - paneli sterujących,
 - sprzęgła elektronicznego;
 - Organizację i pokrycie kosztów pomocy medycznej:**
 - Transport medyczny:
 - do Placówki medycznej lub Poradni rehabilitacyjnej – na podstawie pisemnego zalecenia wizyty w Placówce medycznej lub Poradni rehabilitacyjnej od Lekarza prowadzącego leczenie,
 - z Placówki medycznej lub Poradni rehabilitacyjnej – do Miejsca zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia Transportu medycznego od Lekarza prowadzącego leczenie;
 - Proces rehabilitacyjny – w Poradni rehabilitacyjnej lub w Miejscu zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie. Koszty procesu rehabilitacyjnego to:
 - koszty transportu Ubezpieczonego do Poradni rehabilitacyjnej, koszty zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych w Poradni rehabilitacyjnej,
 - albo
 - koszty przyjazdu fizyoterapeuty do Miejsca zamieszkania i koszty wykonywanych tam zabiegów rehabilitacyjnych;
 - Organizację i pokrycie kosztów konsultacji psychologa** – Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrywa koszty pomocy (konsultacji) psychologa;
 - Infolinię w zakresie PFRON** – Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do informacji na temat:
 - warunków i zasad regulujących przyznawanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
 - przysługujących odliczeń podatkowych z tytułu kosztów dostosowania mieszkania do potrzeb związanych z niepełnosprawnością w ramach ulgi rehabilitacyjnej.

§9. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU POTRZEBY SKORZYSTANIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO Z POMOCY W RAZIE TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. W celu skorzystania z pomocy w razie wystąpienia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu (+48) 22 563 11 89 lub 22 383 21 89 i podać następujące informacje:
- dane umożliwiający identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko oraz PESEL lub datę urodzenia);

- numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą występującą w jego imieniu;
- datę zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

2. W celu realizacji świadczeń opisanych w § 8 ust. 4 pkt 1-4 Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
- kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza prowadzącego leczenie w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem, potwierdzającej wystąpienie u Ubezpieczonego Nieszczęśliwego wypadku powstałego w Okresie ochrony ubezpieczeniowej (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza prowadzącego leczenie w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem);
 - kopię Orzeczenia o Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, stwierdzającego u Ubezpieczonego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku powstałego w Okresie ochrony ubezpieczeniowej;
 - ponadto, w przypadku świadczeń pomocy medycznej – pisemne zalecenie Transportu medycznego lub Procesu rehabilitacyjnego od Lekarza prowadzącego leczenie.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
4. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opisanych w § 8 ust. 4 pkt 1-4, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2-3 pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
5. Koszty świadczeń, o których mowa w § 8 ust. 4 pkt 1-4 pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek realizujących te świadczenia.

§10. UBEZPIECZENIE POMOCY W RAZIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – PRZEDMIOT I ZAKRES

1. **Przedmiotem ubezpieczenia są świadczenia na rzecz Członków rodziny, o których mowa w ust. 3 pkt 3-4, lub zwrot kosztów, o których mowa w ust. 3 pkt 1-2, w razie objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku powstałego w Okresie ochrony ubezpieczeniowej oraz zapewnienie dostępu do świadczeń informacyjnych, o których mowa w ust. 3 pkt 5.**
2. Poniższa tabela przedstawia rodzaje świadczeń oraz limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Rodzaj świadczenia	Limity odpowiedzialności
Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	do 3 000,00 PLN
Zwrot kosztów przejazdu na pogrzeb Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	do 1 000,00 PLN
Organizacja i pokrycie kosztów konsultacji psychologa	do 1 000,00 PLN
Organizacja i pokrycie kosztów pomocy w domu: - Pomoc domowa, - Opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi - Opieka nad zwierzętami domowymi (psy, koty)	łącznie do 1 000,00 PLN
Infolinia funeralna	nielimitowany dostęp

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
- Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej** – na podstawie przedłożonych rachunków i dowodów ich zapłaty Ubezpieczyciel zwraca poniesione przez Członka rodziny następujące koszty pogrzebu: koszty przewozu zwłok, koszty zakupu trumny, koszty zakupu urny, koszty zakupu miejsca na cmentarzu, koszty postawienia nagrobka, koszty zakupu wieńców i kwiatów, koszty zakupu odzieży żałobnej, koszty ceremonii pogrzebowej, koszty poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej;
 - Zwrot kosztów przejazdu na pogrzeb Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej** – Ubezpieczyciel zwraca poniesione przez Członka rodziny koszty przejazdu uczestników do miejsca ceremonii pogrzebowej (koszty biletów autobusowych lub kolejowych, rachunków za taksówkę, rachunku za wynajem autokaru), o ile z przedłożonych rachunków wynika, że przejazd odbył się na dystansie przekraczającym 50 km; Ubezpieczyciel zwraca koszty przejazdu na podstawie przedłożonych kopii rachunków i dowodów ich zapłaty;
 - Organizację i pokrycie kosztów konsultacji psychologa** – Ubezpieczyciel zapewnia Członkom rodziny organizację i pokrywa koszty pomocy (konsultacji) psychologa;
 - Organizację i pokrycie kosztów pomocy w domu** – Ubezpieczyciel zapewnia Członkom rodziny zamieszkującym w Miejscu zamieszkania organizację i pokrywa koszty:
 - Pomocy domowej – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i koszty przejazdu pomocy domowej do Miejsca zamieszkania; świadczenie obejmuje pomoc w zakresie zrobienia zakupów, codziennych porządków domowych, dostawy/przygotowania posiłków, podlewania kwiatów,
 - Opieki nad niepełnoletnimi Dziećmi – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i koszty przejazdu do Miejsca zamieszkania osoby zatrudnionej przedmiotowo profesjonalnie zajmującej się realizacją tego typu świadczeń,
 - Opieki nad zwierzętami domowymi (psy, koty) – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i koszty przejazdu do Miejsca zamieszkania osoby do opieki nad pozostającymi w Miejscu zamieszkania zwierzętami domowymi

- (psami, kotami) w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny;
- 5) **Infolinię funeralną** – Ubezpieczyciel zapewnia Członkom rodziny dostęp do informacji na temat:
- procedur postępowania i wydania karty zgonu, w zależności od okoliczności śmierci Ubezpieczonego,
 - terminów zgłoszenia faktu śmierci w Urzędzie Stanu Cywilnego,
 - dokumentów niezbędnych do wydania aktu zgonu,
 - danych teled adresowych zakładów pogrzebowych,
 - dokumentów wymaganych przez zakład pogrzebowy,
 - zasilku pogrzebowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych:
 - komu przysługuje,
 - wysokości zasilku,
 - wymaganych dokumentów,
 - przedawnienia roszczeń o jego wypłatę,
 - danych teled adresowych kwiciarni.

§11. POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- W razie śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca zobowiązana jest niezwłocznie skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu (+48) 22 563 11 89 lub 22 383 21 89 i podać następujące informacje:
 - dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko oraz PESEL lub datę urodzenia);
 - telefon kontaktowy osoby zgłaszającej;
 - datę zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - datę śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - rodzaj wymaganej pomocy.
- Osoba zgłaszająca zobowiązana jest postępować zgodnie z dyspozycjami Ubezpieczyciela, a zwłaszcza przekazać niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela dokumenty, o które wnioskuje Ubezpieczyciel, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania: odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kartę statystyczną zgonu Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci Ubezpieczonego, rachunki i dowody zapłaty kosztów pogrzebu, rachunki i dowody zapłaty kosztów przejazdu na pogrzeb.
- Jeżeli Osoba zgłaszająca z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełniła któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1-2, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub zakres świadczeń, Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

§12. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia pieniężne w złotych polskich (PLN) w terminie trzydziestu dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- Jeśli w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub 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.
- W przypadku, o którym mowa w ust. 2, bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 1.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia.

§13. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

- Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami Ubezpieczyciela oraz umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia oraz udzielić w tym celu niezbędnych informacji.
- Ubezpieczony ma obowiązek poinformowania Ubezpieczyciela o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia: Miejsce zamieszkania, adres do korespondencji, imię i nazwisko, numer PESEL.

§14. OBOWIĄZKI UBEZPIECZycIELA

- Ubezpieczyciel jest zobowiązany wykonywać świadczenia z należytą starannością.
- Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonym i Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, na ich żądanie, informacji o ich prawach i obowiązkach wynikających z OWU.

§15. REGRES

- Jeżeli nie umówiono się inaczej, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela z dniem wypłaty świadczenia przez Ubezpieczyciela do wysokości wykonanego lub wypłaconego świadczenia.
- Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Ubezpieczyciela, zrezygnuje z prawa dochodzenia roszczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa do zabezpieczenia roszczenia, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia do wysokości należnego roszczenia.

- Nie przechodzi na Ubezpieczyciela roszczenie przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
- Na żądanie Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, przekazując informacje i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

§16. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
- Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy mogą złożyć Reklamację:
 - pisemnie – przesyłką pocztową na adres AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - pocztą elektroniczną – przysyłając e-mail na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl,
 - ustnie – telefonicznie pod numer: (+48 22) 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku w dni robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela.
- Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 2 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 3, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Ubezpieczyciel poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.
- O ile składający Reklamację nie złożył wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Ubezpieczyciela w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
- 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 Oddziału Ubezpieczyciela. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest pocztą lub zgodnie z ust. 4.
- Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
- Osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy 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. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Biuro Rzecznika Finansowego

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

Infolinia Konsumentcka

Infolinia prowadzona przez Stowarzyszenie Konsumentów Polskich i Fundację Konsumentów
telefon: 801 440 220 (od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-18.00)
Centrum porad prowadzone przez Stowarzyszenie Konsumentów Polskich
e-mail: porady@dlakonsumentow.pl

- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o prawach konsumenta, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie Umowy ubezpieczenia.
- Prawem właściwym dla OWU jest prawo polskie.
- Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
- Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
- 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.

14. 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.
15. Niniejsze OWU przyjęte zostały Uchwałą Ubezpieczyciela nr U/031/2017 z dnia 21.11.2017 r. i wchodzi w życie z dniem 04.12.2017 r.



Tomasz Frączek
Dyrektor Oddziału