



## INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWY:

### Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia „PROGRAM ASSISTANCE” Nr ASS/PMBZ/5/2022

	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/5/2022

### § 1. DEFINICJE I POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Użytych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „Program Assistance” Nr ASS/PMBZ/5/2022 (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) zająciu 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** – niezależne 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 Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant.
- 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 objawiająca 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 otrzewnej,



# Allianz Partners

- 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: piłki, taśmy i wafki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizator, w tym aparat tulerkowy (np. na podudzie), szyny (ortozy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka leżwiwo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
  - 13) **transport medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela w sposób wskazany przez lekarza Ubezpieczyciela, 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 Allianz w ramach umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, która przystąpiła do umowy ubezpieczenia regulowanej niniejszymi warunkami ogólnymi.
  - 15) **Ubezpieczający** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, zarejestrowane w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000021971, zwane dalej „Allianz”.
  - 16) **Ubezpieczyciel** – AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-673) przy ulicy Konstruktorskiej 12; zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000189340, działający na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L' Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.
  - 17) **umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia zawarta na rzecz Ubezpieczonych, która łączy Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym.
  - 18) **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 „Program 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. Ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia jedynie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia.
  - 6. Wszystkie świadczenia opiekuńcze wykonywane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
  - 7. Górny limit na świadczenia o których mowa w § 2 ust. 2, 3, 4, 5, wynosi łącznie 2000 zł na każde zdarzenie ubezpieczeniowe.
  - 8. O celowości organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 2 decyduje lekarz prowadzący leczenie w porozumieniu z lekarzem Ubezpieczyciela.
  - 9. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest na cudzy rachunek i składka finansowana jest przez Ubezpieczonego, Ubezpieczający jest zobowiązany doreczyć Ubezpieczonemu

warunki umowy przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczonego na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej.

- 10. 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 organizuje i pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub organizuje 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 prowadzącego leczenie 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, wystawionego przez lekarza prowadzącego leczenie wymaga leżenia. 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 Ubezpieczyciela zapewnia pokrycie kosztów leczenia, 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 Ubezpieczyciela 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.

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce  
ul. Konstruktorska 12  
02-673 Warszawa  
Tel: +48 22 522 28 00  
Fax: +48 22 522 28 01  
e-mail: sekretariat@mondial-assistance.pl

Zarejestrowana w Sądzie Rejonowym  
dla m. St. Warszawy  
XIII Wydział Gospodarczy KRS  
Pod numerem: KRS 0000189340  
NIP: 107-00-00-164  
REGON: 015647690

Kapitał zakładowy spółki macierzystej  
16 812 500 EUR wpłacony w całości  
PL 02 1240 1053 1111 0010 0140 7382  
Bank Polska Kasa Opieki S.A.  
Dyrektor Oddziału Piotr Ruszowski



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 porodu,
    - 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 prowadzącego leczenie 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 zapewni 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 zapewni 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 żywności,
  - 7) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach,
  - 8) informowanie o przebiegu zatławiania 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) informacje 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) szkołach 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 Ubezpieczyciela, 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 Ubezpieczyciela lub Ubezpieczyciela.

### § 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 Ubezpieczyciela, 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; skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
    - b) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody; leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarskimi bądź ze wskazaniem ich użycia
    - c) chorób psychicznych;
    - d) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
    - e) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szymbownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
    - f) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
    - g) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowemu, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
    - h) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
    - i) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
    - j) chorób przewlekłych, zdiagnozowanych przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia.

### § 4. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU SZKODY

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem pod czynnym całą dobę przez wszystkie dni w roku numerem: 22 563 11 35.
2. Osoba kontaktująca się z Ubezpieczycielem powinna podać następujące informacje:
  - a) imię i nazwisko, nr PESEL (a w razie braku PESEL data urodzenia);
  - 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 Ubezpieczyciela do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Ubezpieczyciela dostarczyć wskazane dokumenty, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
4. Ubezpieczyciel 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 Ubezpieczyciel 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 Ubezpieczycielem 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 Ubezpieczyciela i przedstawienia wskazanych przez Ubezpieczyciela dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez Ubezpieczyciela. 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

- 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. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa w formie:
    - ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu: (22) 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku, w Dni robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
    - na piśmie – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
    - w postaci elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl
  - Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia złożone do Ubezpieczającego będą przekazywane do Ubezpieczyciela.
  - Ubezpieczyciel 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.
  - Odpowiedź na reklamację udzielana jest na piśmie za pośrednictwem poczty tradycyjnej. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
  - Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy na piśmie lub w postaci elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest na piśmie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 4.
  - Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
  - Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, 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](http://www.rf.gov.pl)
- Biuro Rzecznika Finansowego**  
ul. Nowogrodzka 47A  
00-695 Warszawa  
tel. +48 22 333-73-26 – Recepcja  
+48 22 333-73-27 – Recepcja  
faks +48 22 333-73-29  
e-mail: [biuro@rf.gov.pl](mailto:biuro@rf.gov.pl)  
[www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl)

- Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
- 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.
- Prawem właściwym dla niniejszego 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.
- 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.
- W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawieranych za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce a konsumentami, istnieje możliwość wykorzystania internetowego systemu rozstrzygania sporów - platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektroniczny formularz skargi dostępny pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr>.
- Ubezpieczyciel (reasekurator) nie udzieli ochrony ubezpieczeniowej ani też nie będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub zapewnienia świadczenia majątkowego w zakresie udzielonej ochrony, jeżeli wypłata odszkodowania lub inne świadczenia majątkowe mogą narazić Ubezpieczyciela na jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub jakiegokolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, prawa polskiego lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

## § 6. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- 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.
- 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.
- 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.
- 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 zwinionego 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.
- W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia z zachowaniem okresu wypowiedzenia umowy, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest wykonywać określone umowy 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.
- 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.
- 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 Ubezpieczyciela nr 004/2022 z dnia 7 kwietnia 2022 roku, które wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2022 roku.

Piotr Ruszowski  
Dyrektor Oddziału





## POLITYKA PRYWATNOŚCI

### Zasady ochrony prywatności

**AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce** („my”, „nas”, „nasze”), jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawniane. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

#### 1. Kim jest administrator danych?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych i odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce jest właśnie administratorem danych.**

#### 2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, zgodnie z poniższym wykazem:

- Nazwisko (w tym nazwisko rodowe), imię (imiona)
- Imiona rodziców
- PESEL
- Adres zameldowania i zamieszkania
- Data urodzenia
- Płeć
- Numer, data wydania, data ważności, organ wydający i rodzaj dokumentu tożsamości
- Numery telefonów
- Adres e-mail
- Informacje o posiadanym prawo jazdy (kategoria, data wydania, data ważności, numer dokumentu)
- Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym
- Numer rejestracyjny pojazdu
- Numer VIN pojazdu
- Numer polisy
- Dane dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia
- Dane o pracodawcy i statusie zatrudnienia
- Obywatelstwo
- Informacje o prowadzonej działalności gospodarczej
- Dane pozyskane w trakcie zgłoszenia oraz likwidacji szkody

W zależności od Państwa umowy lub szkody poprosimy jedynie o dane niezbędne w konkretnym przypadku. Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, tj. dane dotyczące stanu zdrowia oraz dane ze świadectw zgonu.

#### 3. W jaki sposób będziemy uzyskiwać i wykorzystywać Państwa dane osobowe?

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału (tj. z placówek medycznych, od Państwa pracodawcy, z Narodowego Funduszu Zdrowia) zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
Zarządzanie umową, w tym umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód, rozpatrywanie reklamacji)	Nie (z wyjątkiem sytuacji, kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji kiedy nie są Państwo naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych)	art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. a) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. g w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
W celu informowania Państwa, lub umożliwienia spółkom z Grupy AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link	Tak	art. 6 ust. 1 lit. a) RODO*, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest marketing bezpośredni naszych produktów i usług)

„Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 poniżej.		
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego)
W celu ograniczenia ryzyka w zakresie sankcji gospodarczych poprzez weryfikację i zastosowanie innych odpowiednich środków sprawdzających, czy klient lub ryzyko podlegające ubezpieczeniu nie podlega jakimkolwiek ograniczeniom oraz czy umowa nie narusza żadnych sankcji gospodarczych, poprzez cykliczne kontrole ubezpieczonych i klientów, a także – na etapie likwidacji szkody – poprzez przeprowadzenie analizy pod względem obowiązywania sankcji finansowych w odniesieniu do ubezpieczonego oraz, w stosownych wypadkach, beneficjenta przed wypłatą odszkodowania lub świadczenia	Nie	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zapobieganie przestępstwom ubezpieczeniowym i obrona przed nadużyciami)
W celu badania satysfakcji klienta	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest badanie jakości świadczonych przez nas usług oraz poziomu zadowolenia naszych klientów z tych usług)
W celu ustalenia, dochodzenia i obrony przed roszczeniami	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest możliwość ustalenia, dochodzenia i obrony przed ewentualnymi roszczeniami)

Na cele określone powyżej, nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem niektórych sytuacji, kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia lub nie są Państwo naszym klientem), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiaru nabycia naszych produktów i usług lub likwidacji zgłoszonej szkody. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwrócą lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb, lub zlikwidować zgłoszonej przez Państwa szkody.

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży.

Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili stworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych.

W związku z zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do jej zakwestionowania, uzyskania jej uzasadnienia, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

#### 4. Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i innym podwykonawcom świadczącym usługi na rzecz AWP w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami, likwidacja szkody, wykonanie umowy poprzez wykonanie usług na rzecz uprawnionej osoby) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępniemy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

- w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, połączenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zasobów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub
- w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

#### 5. Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regułami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. W wypadku, gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

#### 6. Jakie uprawnienia przysługują Państwu w odniesieniu do danych osobowych?

O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- uzyskania swoich danych osobowych w formacie elektronicznym na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych. W Polsce organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na stronie: <https://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

#### 7. Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniem dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy. W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

#### 8. Jak długo przechowujemy dane osobowe?

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe przez 6 lat od daty ustania lub rozwiązania umowy lub stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 6 letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń oraz konieczności archiwizacji dokumentów zgodnie z ustawą o rachunkowości. Nie będziemy przechowywać Państwa danych osobowych dłużej niż jest to konieczne, i będziemy je przechowywać jedynie w celach, w których je uzyskaliśmy.

#### 9. Jak można się z nami skontaktować?

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu wykorzystania przez nas Państwa danych osobowych, można się z nami skontaktować listownie pod adresem:

**AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce**  
ul. Konstruktorska 12  
02-673 Warszawa

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, którym jest Pani Katarzyna Kosińska. Z Inspektorem można się kontaktować pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

**Inspektor Ochrony Danych**  
AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce  
ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa  
E-mail: [iomanip@mondial-assistance.pl](mailto:iomanip@mondial-assistance.pl)

Można również skontaktować się z nami za pomocą Formularza Wniosku o Dostęp do Danych dostępnego na <https://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

#### 10. Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?

Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej: <https://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx> dostępna była zawsze ich aktualna wersja, a ponadto, o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście. Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce w dniu 01.01.2021 r.

\* RODO - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2).