

INFORMACJA DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA**Wsparcie w Chorobie Nowotworowej****zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

	Rodzaj informacji	Nr zapisu OWU
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 7 § 8 § 11
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 10

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA WSPARCIE W CHOROBY NOWOTWOROWEJ

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Wsparcie w Chorobie nowotworowej (dalej „OWU”), mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia (dalej „Umowa Grupowego Ubezpieczenia”), zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym i regulują zasady oraz zakres ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczonych.
- Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie niniejszych OWU jest udzielana na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 2. DEFINICJE

- Certyfikat Ubezpieczenia** – dokument przekazywany Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego, potwierdzający datę objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela (początek Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej), w którym określony jest zakres udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej oraz podany jest numer telefonu do Ubezpieczyciela.
- Deklaracja Przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia** – formularz zawierający oświadczenie woli przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia, złożony przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową, oraz inne złożone przez nią oświadczenia i zgody.
- Dzień Roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- Umowa Grupowego Ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia, do której mają zastosowanie niniejsze OWU, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych.
- Katastrofy Naturalne** – trzęsienia ziemi, powodzie, huragany, pożary, wybuchy.
- Konsultant** – podmiot leczniczy działający poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wyznaczony przez Ubezpieczyciela do współpracy w celu przeprowadzenia Zagranicznej Konsultacji Medycznej, upoważniony do udzielenia Powtórnej Opinii Medycznej.
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela.
- Lekarz Prowadzący Leczenie** – lekarz, który prowadził leczenie Ubezpieczonego, niebędący członkiem rodziny ani Lekarzem Ubezpieczyciela.
- Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu** – obecność łagodnego histologicznie guza nowotworowego tkanki mózgowej lub opon mózgowych wymagającego usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania takiego usunięcia – powodującego trwały ubytek neurologiczny. Zakres ubezpieczenia obejmuje również guzy przysadki mózgowej i torbiele w obrębie mózgu wymagające usunięcia neurochirurgicznego a w przypadku zaniechania takiego usunięcia – powodujące trwały ubytek neurologiczny. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele oraz guzy przysadki mózgowej niewymagające usunięcia neurochirurgicznego, ropnie, ziarniniaki, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaki, a także guzy rdzenia kręgowego. W każdym przypadku rozpoznanie łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT), magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET) oraz potwierdzenie przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii. W odniesieniu do łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu za datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga.
- Nowotwór o granicznej złośliwości** – wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego, radioterapii lub chemioterapii, z zastrzeżeniem, że zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie:
 - stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN 3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
 - nowotwory jajnika o złośliwości granicznej, które wymagają chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
 - zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny, które wymagają leczenia hematologicznego;
 - raka brodawkowatego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (*microcarcinoma*), który wymaga zabiegu operacyjnego;
 - wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (*borderline*) wg badania histopatologicznego, które wymagają:
 - zabiegu operacyjnego i chemioterapii/radioterapii; lub
 - więcej niż jednego zabiegu operacyjnego.
 Rozpoznanie nowotworu o granicznej złośliwości musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. W odniesieniu do nowotworu o granicznej złośliwości za datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z diagnozowaną chorobą.
- Nowotwór złośliwy** – nowotwór złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i destrukcją zdrowych tkanek. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - raka nieinwazyjnego (*carcinoma in situ*), dysplazji szyjki macicy CIN 1, CIN 2, CIN 3, żadnych zmian przedrakowych, ani zmian opisywanych jako przedinwazyjne lub Tis;
 - raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
 - nowotworów skóry z wyjątkiem: czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż IB wg klasyfikacji TNM oraz chłoniaka skóry;
 - raka brodawkowatego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (*microcarcinoma*);
 - nowotworów związanych z AIDS lub z zakażeniem wirusem HIV;

- zespołów mielodysplastycznych;
- nowotworów łagodnych, guzów o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (*borderline*) wg badania histopatologicznego;
- przewlekłej białaczki limfatycznej;
- nowotworów pęcherza moczowego w stopniu zaawansowania Ta lub Tis według klasyfikacji TNM.

Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. W odniesieniu do nowotworu złośliwego za datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z diagnozowaną chorobą.

- Okres Ochrony Ubezpieczeniowej** – okres ochrony danego Ubezpieczonego trwający 365 kolejnych dni, liczony od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia na zasadach opisanych w niniejszych OWU, a następnie każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu, z zastrzeżeniem postanowień § 5 ust. 2 i ust. 3 OWU.
- Osoba Upoważniona** – osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymywania i przekazywania Ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej Ubezpieczonego na zasadach określonych w § 11 OWU.
- Płacówka Medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Powtórna Opinia Medyczna** – opinia będąca rezultatem Zagranicznej Konsultacji Medycznej, dostarczona przez Ubezpieczyciela na piśmie lub w formie elektronicznej Ubezpieczonemu lub Osobie Upoważnionej.
- 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 powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Ubezpieczyciela lub uniemożliwia Ubezpieczonemu zgłoszenie Zdarzenia Ubezpieczeniowego do Ubezpieczyciela, w tym Katastrofy Naturalne.
- Szpital** – podmiot leczniczy, świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa dotyczących funkcjonowania placówek medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Pojęcie to nie obejmuje domów opieki, hospicjów, zakładów opiekuńczo-leczniczych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, szpitali sanatoryjnych, szpitali rehabilitacyjnych.
- Transport** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego w opinii Lekarza Prowadzącego Leczenie lub dyspozytora pogotowia ratunkowego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za Transport nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej.
- Ubezpieczający** – Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna.
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna, zgłoszona przez Ubezpieczającego do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na podstawie złożonej Deklaracji Przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia i objęta ochroną przez Ubezpieczyciela w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel** – spółka pod firmą AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France, z siedzibą przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000189340.
- Umowa Dodatkowa** – umowa Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Choroby Nowotworowej, której stroną jest Ubezpieczający.
- Zagraniczna Konsultacja Medyczna** – analiza dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną, dokonana przez Konsultanta. Analiza ma na celu weryfikację, potwierdzenie lub uzupełnienie diagnozy opisanej w tej dokumentacji. Analiza nie obejmuje bezpośrednich konsultacji ani innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a Konsultantem.
- Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – rozpoznanie objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela:
 - Nowotworu Złośliwego,
 - Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu,
 - Nowotworu o granicznej złośliwości.

§ 3. GRUPOWA UMOWA UBEZPIECZENIA

- Umowa Grupowego Ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie należy przesyłać w formie pisemnej, listem poleconym, za potwierdzeniem odbioru, na ostatni znany adres odpowiednio Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego.
- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Grupowego Ubezpieczenia w terminie siedmiu dni od jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy Grupowego Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielił ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA I WYSTĄPIENIE Z NIEJ

- Do Umowy Grupowego Ubezpieczenia może zostać zgłoszona osoba objęta ochroną z tytułu Umowy Dodatkowej, która złożyła Ubezpieczającemu podpisaną Deklarację Przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia. Zgłoszenia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia dokonuje Ubezpieczający.
- Ubezpieczający jest zobowiązany zgłosić osobę, o której mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, w trybie uzgodnionym w Umowie Grupowego Ubezpieczenia, oraz przekazać tej osobie OWU przed wypełnieniem Deklaracji Przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia.
- Ubezpieczony ma prawo do wystąpienia z Umowy Grupowego Ubezpieczenia w każdym momencie jej trwania, na podstawie złożonego Ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z Umowy Grupowego Ubezpieczenia, zawierającego dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o wystąpieniu.

§ 5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy Dodatkowej (rozpoczęcie Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej). Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 niniejszego paragrafu, Okres Ochrony Ubezpieczeniowej jest automatycznie przedłużany na kolejne Okresy Ochrony Ubezpieczeniowej, o ile Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie postanowią inaczej.
- Okres Ochrony Ubezpieczeniowej nie ulega automatycznemu przedłużeniu w przypadku, gdy przedłużenie miałyby nastąpić w okresie wypowiedzenia Umowy Grupowego Ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków (koniec Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej):
 - z końcem dnia, w którym Ubezpieczony wystąpił z Umowy Grupowego Ubezpieczenia, zgodnie z § 4 ust. 3 niniejszych OWU;
 - z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy Grupowego Ubezpieczenia, zgodnie z § 3 ust. 2 niniejszych OWU;
 - z końcem ostatniego dnia Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej w przypadku nieprzedłużenia Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej zgodnie z ust. 2 niniejszego paragrafu;
 - w przypadku nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego w terminie wymagalności i o ile składka nie zostanie zapłacona w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do opłacenia składki – z dniem następnym po upływie dodatkowego terminu;
 - z końcem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia w przypadku rozwiązania Umowy Grupowego Ubezpieczenia zgodnie z § 3 ust. 1 niniejszych OWU;
 - z końcem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym względem danego Ubezpieczonego nastąpił koniec odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej (z wyłączeniem przypadku, gdy odpowiedzialność z tytułu Umowy Dodatkowej zakończyła się na skutek śmierci Ubezpieczonego) – na warunkach w niej określonych;
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego.

§ 6. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty Ubezpieczycielowi składki ubezpieczeniowej za Ubezpieczonych w wysokości i terminie określonym w Umowie Grupowego Ubezpieczenia.

§ 7. PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje, z zastrzeżeniem § 10 niniejszych OWU, poniższe Zdarzenia Ubezpieczeniowe, które wystąpią w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej:
 - Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu;
 - Nowotwór o granicznej złośliwości;
 - Nowotwór złośliwy.

§ 8. ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu przysługują:

- Świadczenia medyczne** – organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela, do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 9 niniejszych OWU (Tabela nr 1), kosztów niżej wymienionych świadczeń, realizowanych na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania Lekarza Prowadzącego Leczenie:
 - konsultacje lekarskie – konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalności: chirurg, okulista, otolaryngolog, ortopeda, ginekolog, urolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, onkolog, endokrynolog, hepatolog, hematolog, nefrolog, dermatolog, neurochirurg, neurolog, internista;
 - diagnostyka laboratoryjna – w zakresie następujących badań: mocznik – badanie ogólne, OB, morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik, TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, wapń całkowity, fosfor nieorganiczny, magnez, CRP ilościowo, HBs przeciwciała, HCV przeciwciała, IgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21-1;
 - badania specjalistyczne – w następującym zakresie: biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym), RTG, USG, PET, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa;

- rehabilitacja – w następującym zakresie: ćwiczenia wytrzymałościowe, cykloergometr, bieżnia, stepper, ćwiczenia ogólnousprawniające, trening oporowy, fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa.

- Świadczenia assistance** – organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela, do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 9 niniejszych OWU (Tabela nr 2), kosztów niżej wymienionych świadczeń:
 - transport na badania i zaplanowane operacje – transport Ubezpieczonego do Placówki Medycznej w celu wykonania badań lub przeprowadzenia operacji, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - domowa opieka pielęgniarstwa – pomoc pielęgniarki (koszty dojazdu i wynagrodzenia) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - dostosowania miejsca zamieszkania – dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb Ubezpieczonego w zakresie:
 - opór czowania ciągów komunikacyjnych, WC, łazienki;
 - likwidacji barier architektonicznych poprzez montaż podjazdów, podestów;
 - zwrot kosztów zakupu protez i peruk – na podstawie dostarczonych do Ubezpieczyciela dowodów ich zakupu;
 - pomoc psychologa – konsultacje z psychologiem dla Ubezpieczonego.
- Świadczenie sanatoryjne** – organizacja na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania Lekarza Prowadzącego Leczenie i pokrycie przez Ubezpieczyciela, do wysokości limitu odpowiedzialności wskazanego w § 9 niniejszych OWU (Tabela nr 3), niżej wymienionych kosztów pobytu w Sanatorium:
 - zakwaterowania;
 - wyżywienia;
 - zaleconych zabiegów.
- Powtórna opinia medyczna** – organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela, do wysokości limitu odpowiedzialności wskazanego w § 9 niniejszych OWU (Tabela nr 4), kosztów Zagranicznej Konsultacji Medycznej obejmującej:
 - udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej;
 - tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
 - przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
 - wydanie Powtórnej Opinii Medycznej przez Konsultanta;
 - tłumaczenie na język polski Powtórnej Opinii Medycznej wydanej przez Konsultanta;
 - udostępnienie Powtórnej Opinii Medycznej Ubezpieczonemu.

§ 9. LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Wskazany poniżej (Tabela nr 1) limit ilościowy świadczeń medycznych stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe.

Tabela nr 1

Świadczenia medyczne	Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
konsultacje lekarskie	20 świadczeń
diagnostyka laboratoryjna	
badania specjalistyczne (w tym: rezonans magnetyczny – maksymalnie 2 badania, PET – maksymalnie 2 badania, tomografia komputerowa – maksymalnie 2 badania)	
rehabilitacja – 1 świadczenie (do 20 zabiegów stanowiących łącznie 1 świadczenie)	

- Wskazany poniżej (Tabela nr 2) limit kwotowy świadczeń assistance stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe.

Tabela nr 2

Świadczenia assistance	Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
transport na badania i zaplanowane operacje	5 000 zł
domowa opieka pielęgniarstwa	
dostosowanie miejsca zamieszkania	
pomoc psychologa	5 000 zł
zwrot kosztów zakupu protez i peruk	

- Wskazany poniżej (Tabela nr 3) limit kwotowy świadczenia sanatoryjnego stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe.

Tabela nr 3

Świadczenie sanatoryjne	Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
pobyt w Sanatorium	5 000 zł

4. Wskazany poniżej (Tabela nr 4) limit ilościowy stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe.

Tabela nr 4

Powtórna Opinia Medyczna	Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Zagraniczna Konsultacja Medyczna	1

§ 10. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Przewidziane w niniejszym OWU świadczenia nie przysługują, jeśli Nowotwór Złośliwy, Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu, Nowotwór o granicznej złośliwości jest wynikiem:
 - zakażenia wirusem HIV, Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzeń wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
- W zakresie Powtórnej Opinii Medycznej Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za treść Powtórnej Opinii Medycznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z Powtórnej Opinii Medycznej.
- Realizacja świadczeń przez Ubezpieczyciela może być opóźniona na skutek:
 - działania Siły Wyższej;
 - strajków, niepokoju społecznego, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych.

§ 11. SPOSÓB POSTĘPOWANIA I REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

- W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia i podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - numer PESEL Ubezpieczonego;
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - datę zajścia zdarzenia;
 - rodzaj wnioskowanego świadczenia.
- W celu realizacji świadczeń medycznych i świadczeń assistance, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z Nowotworem Złośliwym, Łagodnym (niezłośliwym) guzem mózgu, Nowotworem o granicznej złośliwości (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - kopię skierowania Lekarza Prowadzącego Leczenie do przeprowadzenia konsultacji, diagnostyki laboratoryjnej, badań specjalistycznych, rehabilitacji;
 - kopię skierowania Lekarza Prowadzącego Leczenie na badania lub do przeprowadzenia operacji;
 - kopię zalecenia Lekarza Prowadzącego Leczenie do świadczenia domowej opieki pielęgnarskiej.
- W celu realizacji świadczenia sanatoryjnego Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z Nowotworem Złośliwym, Łagodnym (niezłośliwym) guzem mózgu, Nowotworem o granicznej złośliwości (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - pisemne zalecenie od Lekarza Prowadzącego Leczenie przeprowadzenia leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskiej bądź skierowanie od tego lekarza na takie leczenie lub rehabilitację;
 - pisemne potwierdzenie od Lekarza Prowadzącego Leczenie braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskiej.
- W przypadku braku wskazania przez Lekarza Prowadzącego Leczenie proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskiej miejsce i rodzaj Sanatorium ustala Lekarz Ubezpieczyciela, w porozumieniu z Ubezpieczonym, w oparciu o informacje medyczne w dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 3 pkt 1 niniejszego paragrafu.
- W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2-3 niniejszego paragrafu, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
- W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - do trzech Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu, w przypadku świadczeń medycznych, chyba że Ubezpieczony wskaże konkretną placówkę lub późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać ze świadczeń medycznych;
 - jeden Dzień Roboczy liczony od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu, w przypadku świadczeń

assistance, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać ze świadczenia assistance;

3) do dziesięciu Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu, na organizację w przypadku świadczenia sanatoryjnego.

- W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2-3 niniejszego paragrafu, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
- Koszty świadczeń medycznych oraz świadczenia sanatoryjnego, realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszym rozdziale, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek Medycznych realizujących te świadczenia.
- W celu skorzystania z Powtórnej Opinii Medycznej Ubezpieczony jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu lub Osobie Upoważnionej informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej.
- Warunkiem uzyskania Powtórnej Opinii Medycznej, która jest rezultatem Zagranicznej Konsultacji Medycznej, jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną dokumentacji medycznej (w formie elektronicznej na trwałym nośniku na adres korespondencyjny Ubezpieczyciela: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub na adres e-mail wskazany przez Ubezpieczyciela), sporządzonej w języku polskim przez Lekarza Prowadzącego Leczenie.
- Lekarz Ubezpieczyciela weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną i przygotowuje do wysłania do Konsultanta.
- W przypadku, gdy otrzymana dokumentacja medyczna jest w opinii Lekarza Ubezpieczyciela niekompletna, Ubezpieczyciel kontaktuje się drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila z Ubezpieczonym lub Osobą Upoważnioną w celu poinformowania o brakujących dokumentach.
- Po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej Ubezpieczyciel informuje telefonicznie lub za pośrednictwem e-maila Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji usługi Powtórnej Opinii Medycznej.
- Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przesłania Powtórnej Opinii Medycznej w sposób określony w ust. 17 niniejszego paragrafu w możliwie najkrótszym terminie, nie przekraczającym jednak 30 (trzydziestu) dni licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub Osoby Upoważnionej kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 11 i ust. 14 niniejszego paragrafu, z zastrzeżeniem ust. 16 niniejszego paragrafu.
- W przypadku, gdy w opinii Konsultanta, na podstawie otrzymanego za pośrednictwem Ubezpieczyciela kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 11 i ust. 14 niniejszego paragrafu, do wydania Powtórnej Opinii Medycznej konieczne będzie uzupełnienie tej dokumentacji lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Ubezpieczyciel lub Lekarz Ubezpieczyciela niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego bądź Osobę Upoważnioną drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila.
- Ubezpieczyciel odsyła Powtórny Opinię Medyczną na adres e-mail (w postaci zaszyfrowanych plików), z którego Ubezpieczony lub Osoba Upoważniona przez Ubezpieczonego wysłała do Ubezpieczyciela dokumentację medyczną. Powtórna opinia medyczna, na życzenie Ubezpieczonego, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny podany przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną.

§ 12. PRAWA I OBOWIĄZKI Z TYTUŁU UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczony lub inna osoba kontaktująca się w jego imieniu ma prawo do zgłoszenia Ubezpieczycielowi Zdarzenia Ubezpieczeniowego, poczynawszy od pierwszego dnia Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej.
- Osoba, o której mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, w celu prawidłowej realizacji świadczeń wskazanych w § 8 niniejszych OWU, powinna postępować zgodnie z dyspozycjami wydanymi przez Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczony ma obowiązek poinformowania Ubezpieczającego o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia.
- Do obowiązków Ubezpieczyciela należy:
 - przyjmowanie i rejestracja Zdarzeń Ubezpieczeniowych;
 - informowanie osoby zgłaszającej zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - weryfikacja uprawnień Ubezpieczonego do świadczeń przysługujących na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia;
 - rozpatrywanie roszczeń z tytułu Umowy Grupowego Ubezpieczenia;
 - przygotowanie Certyfikatów Ubezpieczenia.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - przekazywania OWU osobom objęającym się o objęcie ochroną ubezpieczeniową – przed wypełnieniem przez nie Deklaracji Przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia;
 - terminowego przekazywania składek należnych z tytułu Umowy Grupowego Ubezpieczenia za wszystkich Ubezpieczonych;

- 3) dostarczania Ubezpieczycielowi listy osób przystępujących do Umowy Grupowego Ubezpieczenia i występujących z Umowy Grupowego Ubezpieczenia;
- 4) przekazywania Ubezpieczonym Certyfikatów Ubezpieczenia przygotowanych przez Ubezpieczyciela;
- 5) niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o zmianie danych Ubezpieczonych (jeśli jest w ich posiadaniu), niezbędnych do prawidłowego wykonywania Umowy Grupowego Ubezpieczenia.

§ 13. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Grupowego Ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy Grupowego Ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy mogą złożyć Ubezpieczycielowi w formie:
 - 1) ustnej – telefonicznie pod numer: +48 22 522 26 40 (dostępny w Dni Robocze w godzinach 8:00-16:00) 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.
 2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Grupowego Ubezpieczenia złożone do Ubezpieczającego będą przekazywane do Ubezpieczyciela.
 3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Grupowego 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 adres do doręczeń wskazany przez składającego reklamację w jej treści. 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 Oddziału Ubezpieczyciela. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest niezwłocznie w formie pisemnej, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 4 niniejszego paragrafu.
 6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy Grupowego Ubezpieczenia, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
 7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy Grupowego 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*. 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 – Recepcja
+48 22 333 73 27 – Recepcja
faks +48 22 333 73 29
www.rf.gov.pl
8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy *Kodeksu cywilnego*, *Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej* oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie Umowy Grupowego Ubezpieczenia.
 9. Prawem właściwym dla OWU jest prawo polskie.
 10. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy Grupowego Ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
 11. Spory wynikające z Umowy Grupowego Ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
 12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Grupowego Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy Grupowego Ubezpieczenia.
 13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Grupowego Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Grupowego Ubezpieczenia.

14. Niniejsze OWU przyjęte zostały uchwałą Ubezpieczyciela nr U/16/2019 z dnia 02.08.2019 r. i wchodzi w życie z dniem 02.08.2019 r.



Tomasz Frączek
Dyrektor Oddziału

Zasady ochrony prywatności

AWP P&C S.A. 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/ujawnianie. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

1. Kim jest administrator danych?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych, który odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C S.A. 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 prawie jazdy (kategoria, data wydania, data ważności, numer dokumentu)
- Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym
- Numer rejestracyjny pojazdu
- Numer VIN pojazdu

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 zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel	Czy potrzebujemy Państwa zgody?
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).
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 „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie

Na cele określone powyżej nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem sytuacji kiedy podaję 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. 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.

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 ze 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 regulami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. BCR oraz wykaz spółek należących do grupy, które są zobowiązane do ich stosowania, można znaleźć na stronie www.mondial-assistance.pl. 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 formie elektronicznej na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych.

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: <http://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 zaprzestaniemy 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 pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
Inspektor Ochrony Danych Osobowych
Bartosz Kapuściński
ul. Domaniewska 50B
02-672 Warszawa
E-mail: iodopl@mondial-assistance.pl

Można również skontaktować się z nami za pomocą Formularza Wniosku o Dostęp do Danych dostępnego na stronie <http://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: 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 **01.07.2019**.

Notatki

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
ul. Domaniewska 50B
02-672 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 Tomasz Frączek