

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9023ST23 (OWU)

Informacja dotycząca Ubezpieczenia

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4, art. 8
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2, art. 11

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9023ST23

Komentarze i wyjaśnienia, które znajdują się w ramach, nie są treścią OWU. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione kursywą są zdefiniowane na początku dokumentu.

Wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy Ubezpieczenia.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre postanowienia Umowy Ubezpieczenia oraz trudne sformułowania użyte w treści OWU.



PRZYKŁADY

Pokazujemy, jak w praktyce stosowane są postanowienia Umowy Ubezpieczenia i jakie mają znaczenie dla osoby objętej Ubezpieczeniem.

Artykuł 1. Wstęp

Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) mają zastosowanie do Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Bezpieczny Leasing” zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczonym* i stanowią integralną część tej *Umowy Ubezpieczenia*.

Artykuł 2. Definicje

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane wielkimi literami oznaczają:

- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
- dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji*,
- hospitalizacja** – potwierdzony dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt *Ubezpieczonego* w szpitalu w celu leczenia *choroby* lub obrażeń ciała doznanych w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*. *Ubezpieczenie* nie obejmuje pobytu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego,
- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła z RCI Leasing Polska sp. z o.o. *Umowę leasingu* lub osoba fizyczna wskazana przez osobę prawną, będącą stroną *Umowy leasingu* z RCI Leasing Polska sp. z o.o.,
- Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności *Towarzystwa* z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą *chorobą*,
- Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny (NW komunikacyjny)** – *nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego*, który:
 - podróżuje, jako kierowca lub pasażer, będącym w ruchu *pojazdem* lub *środkiem transportu publicznego*, lub
 - porusza się jako pieszy lub rowerzysta i zostaje uderzony przez *pojazd* lub *środek transportu publicznego* będący w ruchu,
- Marsh Services** – agent ubezpieczeniowy działający w imieniu i na rzecz *Towarzystwa*: Marsh Services sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 98, (00-807), Warszawa,
- pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
- pojazd** – pojazd z własnym napędem i silnikiem, który jest przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby tych OWU do definicji pojazdu włącza się także pojazdy szynowe, takie jak: lokomotywy, wagony do przewozu osób, elektryczne zespoły trakcyjne, pojazdy do utrzymania nawierzchni i podtorza kolejowego oraz sieci trakcyjnej oraz inne pojazdy poruszające się po szynach napędzane umieszczonym na nich silnikiem,

10. **rata wynagrodzenia brutto** – miesięczna rata wynagrodzenia zawierająca wszystkie opłaty (w tym składki z tytułu ubezpieczenia komunikacyjnego) zgodnie z *Umową leasingu* i pierwotnym harmonogramem opłat leasingowych stanowiącym integralną część *Umowy leasingu* (lub w przypadku zmian harmonogramu – miesięczna wysokość raty wynagrodzenia po zmianie, pod warunkiem, że okres *Umowy leasingu* pozostaje bez zmian – w przeciwnym wypadku zastosowanie mają wartości z pierwotnie ustalonego harmonogramu), powiększona o podatek od towarów i usług (VAT), który na dzień zawarcia niniejszej *Umowy Ubezpieczenia* wynosi 23%,
11. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczonego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* lub spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności,
12. **składka** – kwota, która jest należna *Towarzystwu* z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*, opłacana przez *Ubezpieczonego* za pośrednictwem RCI Leasing Polska sp. z o.o., działającego jako agent ubezpieczeniowy *Towarzystwa*,
13. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek *Ubezpieczonego* o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* i potwierdzenie przez *Towarzystwo* zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego* (dalej także „SUU”),
14. **szpital** – zakład leczniczy na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria,



WAŻNE: Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

15. **środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób,
16. **Towarzystwo** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A.) z siedzibą w Warszawie (00-342), przy ul. Topiel 12,
17. **trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie, powstała na skutek *NW* lub *choroby*, z zastrzeżeniem postanowień art. 4 ust. 1 OWU,
18. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana *Ubezpieczonemu* na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*,
19. **Ubezpieczony** – Klient, który zawarł z *Towarzystwem* *Umowę Ubezpieczenia* i zobowiązany jest do opłacenia *składki* oraz którego życie i zdrowie jest przedmiotem ochrony na podstawie tej *Umowy Ubezpieczenia*, przy czym – w rozumieniu *Umowy Ubezpieczenia* – oznacza jednocześnie Ubezpieczającego. W ramach jednej *Umowy leasingu Ubezpieczeniem* na podstawie *Umowy Ubezpieczenia* może być objętych maksymalnie 6 osób fizycznych,
20. **Umowa leasingu** – umowa leasingu zawierana pomiędzy *Klientem* i RCI Leasing Polska sp. z o.o.,
21. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Bezpieczny Leasing” zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczonym*, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy *Ubezpieczonego* oraz *Towarzystwa*, załączone do *Umowy Ubezpieczenia* i stanowiące jej integralną całość,
22. **Uposażony** – osoba lub podmiot wskazany przez *Ubezpieczonego*, uprawniony do otrzymania świadczeń z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*,
23. **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada,
24. **zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach i zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, lub uprawianiu dyscypliny sportowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem, w tym stypendium,
25. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach OWU, określone w art. 4 ust. 1.

Artykuł 3. Przedmiot Ubezpieczenia

1. Przedmiotem *Ubezpieczenia* jest życie i zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę, na całym świecie.



WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

Artykuł 4. Zakres Ubezpieczenia i świadczenia

1. Zakres Ubezpieczenia

Zakres *Ubezpieczenia* wskazany jest w *SUU* i zależy od wariantu wybranego przez *Ubezpieczonego* i obejmuje:

- 1) w ramach **wariantu podstawowego**:
 - a) śmierć,
 - b) hospitalizację min. 30-dniową na skutek *NW* lub *choroby*,
 - c) *trwałą niezdolność do pracy*, przy czym dla osób, które w dniu *NW* lub zdiagnozowania *choroby* powodujących *niezdolność do pracy* nie były aktywne zawodowo, za *trwałą niezdolność do pracy* uważa się inwalidztwo polegające na utracie:
 - wzroku w obu oczach lub
 - dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek *NW*,
- 2) w ramach **wariantu rozszerzonego**:
 - a) śmierć,
 - b) śmierć na skutek *NW komunikacyjnego*,
 - c) *trwałą niezdolność do pracy*, przy czym dla osób, które w dniu *NW* lub zdiagnozowania *choroby* powodujących *niezdolność do pracy* nie były aktywne zawodowo, za *trwałą niezdolność do pracy* uważa się inwalidztwo polegające na utracie:
 - wzroku w obu oczach lub
 - dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek *NW*,
 - d) hospitalizację min. 4-dniową na skutek *NW*.

2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

- 1) W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w trakcie okresu *Ubezpieczenia* świadczenie równe sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 1 i 2 niniejszych OWU, jest wypłacane *Uposażonemu* zgodnie ze wskazaniem *Ubezpieczonego*.
- 2) Jeśli śmierć *Ubezpieczonego* objętego ochroną w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2) powyżej, nastąpiła w trakcie okresu *Ubezpieczenia* na skutek *NW komunikacyjnego*, poza świadczeniem, o którym mowa w ust. 2.1) powyżej, *Uposażonemu* wypłacane jest dodatkowe świadczenie równe sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 1 i 2 niniejszych OWU.

3. Świadczenie z tytułu hospitalizacji min. 30-dniowej na skutek NW lub choroby

- 1) W razie hospitalizacji *Ubezpieczonego* należne świadczenie w wysokości określonej w art. 7 ust. 3, obliczone na dzień rozpoczęcia hospitalizacji, zostanie wypłacone zgodnie ze wskazaniem *Ubezpieczonego*, pod warunkiem, że:
 - a) hospitalizacja rozpoczęła się w okresie *Ubezpieczenia*, nastąpiła w wyniku *choroby* lub *NW*, który miał miejsce w trakcie okresu *Ubezpieczenia*, i
 - b) *Ubezpieczony* podlegał hospitalizacji nieprzerwanie przez co najmniej 30 kolejnych dni.
- 2) Świadczenie szpitalne płatne jest za każdy, począwszy od pierwszego, 30-dniowy okres hospitalizacji, z zastrzeżeniem zapisów pkt 3) i 4) poniżej.
- 3) Maksymalny okres hospitalizacji dla każdego *NW* lub *choroby* to 240 dni.
- 4) Następujące po sobie okresy hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym *NW* lub *chorobą*, chyba że okres między hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

4. Dienne świadczenie na wypadek hospitalizacji min. 4-dniowej na skutek NW

- 1) *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* dienne świadczenie na wypadek hospitalizacji na skutek *NW*, o którym mowa w art. 7 ust. 4, jeżeli w następstwie *NW* powstałego w trakcie trwania *Ubezpieczenia Ubezpieczony* podlegał hospitalizacji nieprzerwanie przez przynajmniej 4 kolejne dni.

- 2) Dienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* min. 4-dniowej na skutek *NW* jest płatne za każdy *dzień hospitalizacji Ubezpieczonego*, licząc od dnia przyjęcia do szpitala, pod warunkiem, że *hospitalizacja* rozpoczęła się przed końcem okresu *Ubezpieczenia* oraz trwała nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni.
- 3) Okres *hospitalizacji*, za który naliczane jest dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* na skutek *NW*, nie może przekroczyć łącznie 90 dni dla każdego roku trwania *Ubezpieczenia* liczonego od daty rozpoczęcia *Ubezpieczenia*, o której mowa w art. 5 ust. 2.



PRZYKŁAD: Pierwszym dniem *hospitalizacji* jest dzień rejestracji w szpitalu, niezależnie od tego, o której godzinie rejestracja nastąpiła, a ostatnim dniem *hospitalizacji* – dzień wypisu ze szpitala. Jeżeli *Ubezpieczony* został przyjęty do szpitala w poniedziałek o godzinie 17, a wyszedł z niego w czwartek o 10 w tym samym tygodniu, to jego *hospitalizacja* trwała 4 dni.



WAŻNE: Prosimy zwrócić uwagę, że dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* na skutek *NW* wypłacane jest za maksymalnie 90 dni pobytu w szpitalu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku.

5. Świadczenie z tytułu *trwałej niezdolności do pracy*

W przypadku stwierdzenia przez *Towarzystwo* *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* należne świadczenie w wysokości określonej w art. 7 ust. 1 i 2, obliczone na dzień decyzji *Towarzystwa* o uznaniu roszczenia, jest wypłacane *Ubezpieczonemu*, pod warunkiem, że w dniu *NW* lub diagnozy *choroby* powodujących *trwałą niezdolność do pracy* był objęty *Ubezpieczeniem*.

W przypadku osób, które w dniu *NW* lub diagnozy *choroby* powodujących *trwałą niezdolność do pracy* są aktywne zawodowo, warunkiem wypłaty świadczenia jest uzyskanie przez *Towarzystwo* potwierdzenia od *Ubezpieczonego*, w formie zaświadczenia o zatrudnieniu, podpisanego przez osobę uprawnioną z zakładu pracy, lub wypisu z rejestru lub ewidencji przedsiębiorców, że w dniu *NW* lub diagnozy *choroby* powodujących *niezdolność do pracy Ubezpieczony* był aktywny zawodowo. Od daty *NW* lub diagnozy *choroby* powodujących *niezdolność do pracy* do czasu uznania jej za *trwałą* musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, *trwała niezdolność do pracy* może zostać stwierdzona z datą orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i wyżej wymieniony okres 12 miesięcy nie obowiązuje.

Artykuł 5. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia, okres ochrony oraz wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia

1. Klient może zawrzeć *Umowę Ubezpieczenia*, jeżeli w dniu wnioskowania o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* ukończył 18 lat, ale nie ukończył 70. roku życia.
2. Datą rozpoczęcia *Ubezpieczenia* jest dzień zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*, pod warunkiem opłacenia *składki* za pośrednictwem RCI Leasing Polska sp. z o.o. Jest to dzień aktywacji *Umowy leasingu*, który przypada nie wcześniej niż następnego dnia po podpisaniu przez *Ubezpieczonego* i agenta ubezpieczeniowego, działającego w imieniu *Towarzystwa*, *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*.
3. Dowodem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia* podpisana przez *Ubezpieczonego*.
4. Zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* z Klientem, który jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (dalej odpowiednio PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu zgody przez Członka Zarządu *Towarzystwa*, kadre kierowniczą wyższego szczebla lub osobę upoważnioną przez Zarząd.
5. Datą rozpoczęcia *Ubezpieczenia*, w przypadku gdy *Ubezpieczony* jest PEP, jest dzień zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*. Jest to dzień aktywacji *Umowy leasingu*, który przypada nie wcześniej niż następnego dnia po podpisaniu przez *Ubezpieczonego* i agenta ubezpieczeniowego, działającego w imieniu *Towarzystwa*, *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*, ale następująco po dniu wyrażenia zgody na zawarcie *Umowy Ubezpieczenia*, o której mowa w ust. 4 powyżej, pod warunkiem opłacenia *składki* przez *Ubezpieczonego* za pośrednictwem RCI Leasing Polska sp. z o.o. w terminie wymagalności.
6. Odpowiedzialność *Towarzystwa* kończy się:
 - 1) w ostatnim dniu miesięcznego okresu obowiązywania *Ubezpieczenia*, w którym *Towarzystwo* otrzyma od *Ubezpieczonego* pisemne potwierdzenie zajścia jednej z określonych poniżej okoliczności:
 - a) wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia *Ubezpieczonego* od *Umowy leasingu*,
 - b) dokonania cesji praw *Umowy leasingu* na podmiot trzeci,
 - c) wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* przez *Ubezpieczonego*;
 - 2) w dniu wystąpienia jednej z poniższych okoliczności:
 - a) odstąpienia od *Umowy Ubezpieczenia* przez *Ubezpieczonego*,
 - b) upływu okresu, za który została opłacona *składka*,
 - c) upływu okresu, na jaki została zawarta *Umowa leasingu*,
 - d) śmierci *Ubezpieczonego* lub uznania *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
 - e) ukończenia przez *Ubezpieczonego* 75 lat.

Artykuł 6. Składka

1. *Składka* opłacana jest przez *Ubezpieczonego* w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres *Ubezpieczenia*, za pośrednictwem RCI Leasing Polska sp. z o.o.
2. *Składka* za *Ubezpieczenie* ustalana jest z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu *Ubezpieczenia*, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku *Ubezpieczonego*, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Wysokość *składki* określona jest w *SUU*.
4. W przypadku wyłudzenia *Umowy leasingu* o maksymalnie 6 miesięcy *Ubezpieczony* objęty jest ochroną ubezpieczeniową bez konieczności dopłaty *składki*.

Artykuł 7. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci, śmierci na skutek *NW komunikacyjnego* lub *trwałej niezdolności do pracy* jest to suma opcji wykupu, o ile ta ostatnia została przewidziana w *Umowie leasingu*, oraz pozostałego do spłaty kapitału brutto wynikającego z harmonogramu opłat leasingowych wraz ze zdyskontowanymi odsetkami, obliczanych w wartości brutto (tj. łącznie z podatkiem VAT) na dzień śmierci lub stwierdzenia *trwałej niezdolności do pracy*, wyrażona w walucie *Umowy leasingu*, jednak nie więcej niż 400.000 (słownie: czterysta tysięcy) złotych.
2. Z zastrzeżeniem ust. 1 powyżej:
 - a) w przypadku jednego *Ubezpieczonego* w ramach *Umowy leasingu* *Towarzystwo* wypłaci świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia,
 - b) w przypadku więcej niż jednego *Ubezpieczonego* w ramach jednej *Umowy leasingu* świadczeniem jest kwota równa ilorazowi sumy ubezpieczenia i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy leasingu*.
3. Suma ubezpieczenia na wypadek *hospitalizacji* min. 30-dniowej – jest to iloraz miesięcznej *raty wynagrodzenia brutto* w walucie *Umowy leasingu* i liczby *Ubezpieczonych* w ramach *Umowy leasingu*. Łączna kwota świadczenia z tytułu jednej *hospitalizacji* nie może przekroczyć 30.000 (słownie: trzydzieści tysięcy) złotych.
4. Suma ubezpieczenia na wypadek *hospitalizacji* min. 4-dniowej na skutek *NW* to kwota 200 (słownie: dwieście) złotych dziennie. Łączna kwota świadczenia z tytułu jednej *hospitalizacji* min. 4-dniowej na skutek *NW* nie może przekroczyć 18.000 (słownie: osiemnaście tysięcy) złotych dla każdego roku trwania *Ubezpieczenia* liczonego od daty rozpoczęcia *Ubezpieczenia*.

Artykuł 8. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego

1. Informacje o wymaganych dokumentach i możliwościach ich poświadczania znajdują się na stronie www.nn.pl. W terminie 7 dni od daty otrzymania informacji o *zdarzeniu ubezpieczeniowym* *Towarzystwo* poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie o wymaganych dokumentach określonych w ust. 2 poniżej.
2. W celu ustalenia prawa do świadczenia niezbędne jest przedłożenie *Marsh Services* lub *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej:

1) Śmierć *Ubezpieczonego*

- W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* osoba zgłaszająca roszczenie kontaktuje się z *Marsh Services* w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia. *Marsh Services* na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie przesyła pocztą na wskazany adres dokumenty niezbędne do zgłoszenia roszczenia, tj.
- wniosek *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu należy odesłać na adres *Marsh Services*,
 - wraz z:
 - kopią dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do świadczenia (gdy są one niepełnoletnie – opiekuna prawnego) lub potwierdzeniem tożsamości przez notariusza,

organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej,

- kopią odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego*,
 - kopią karty statystycznej do karty zgonu lub kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu,
 - kopią dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpiła w wyniku *NW komunikacyjnego*,
 - kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć *Ubezpieczonego* jest związana z wypadkiem przy pracy.
- Marsh Services* po otrzymaniu dokumentów dotyczących *Ubezpieczonego* przekazuje je *Towarzystwu* wraz z kopią *SUU*.

2) *Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego*

W przypadku zgłoszenia roszczenia do *Marsh Services Ubezpieczonemu* przekazywany jest:

- wniosek *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu należy odesłać na adres *Marsh Services*, wraz z:
 - kopią dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzeniem tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej,
 - orzeczeniem lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
 - kopią dowodu aktywności zawodowej *Ubezpieczonego* w dniu *NW* lub diagnozy choroby powodujących *trwałą niezdolność do pracy* (zaświadczenie o zatrudnieniu podpisane przez osobę uprawnioną z zakładu pracy lub aktualny w dniu *NW* lub diagnozy choroby powodujących *trwałą niezdolność do pracy* wypis z rejestru przedsiębiorców), o ile *Ubezpieczony* w dniu *zdarzenia ubezpieczeniowego* był aktywny zawodowo,
 - kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *trwałej niezdolności do pracy*,
 - kopią dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie,
 - kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *trwała niezdolność do pracy* jest związana z wypadkiem przy pracy.
- Marsh Services* po otrzymaniu dokumentów dotyczących *Ubezpieczonego* przekazuje je *Towarzystwu* wraz z kopią *SUU*.

3) *Hospitalizacja Ubezpieczonego*

W przypadku zgłoszenia roszczenia do *Marsh Services Ubezpieczonemu* przekazywany jest:

- wniosek *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu należy odesłać na adres *Marsh Services*, wraz z:
- kopią dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzeniem tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej,
- kopią dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisów i wyników badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia,
- kartą leczenia szpitalnego lub innym dokumentem potwierdzającym *hospitalizację Ubezpieczonego*,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, jeśli *hospitalizacja* jest związana z wypadkiem przy pracy,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie jest związane z *NW*.

Marsh Services po otrzymaniu dokumentów dotyczących *Ubezpieczonego* przekazuje je *Towarzystwu* wraz z kopią *SUU*.



WYJAŚNIENIE: Roszczenie o wypłatę świadczenia można zgłosić w jeden z poniższych sposobów:

za pośrednictwem *Marsh Services*:

- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: *Marsh Services sp. z o.o.*, Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa,
- **osobiście** – w siedzibie *Marsh Services* lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie *Marsh Services* na terenie całego kraju,

bezpośrednio do *Towarzystwa*:

- **przez portal e-rozszczenie**: www.eroszczenie.nn.pl,
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 50 70,
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Zespół Obsługi Świadczeń, Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

Na podstawie otrzymanych dokumentów *Towarzystwo* potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*.

3. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Towarzystwo* poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
4. *Towarzystwo* ma prawo też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyc: notariusz lub organ wydający dokument.
5. Dokumentacja dotycząca *zdarzenia ubezpieczeniowego*, które miało miejsce poza granicami Polski, musi być przetłumaczona na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt osoby, która zgłasza roszczenie.
6. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgnięcia opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
7. *Towarzystwo* może wystąpić z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, placówek medycznych i innych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności *zdarzenia ubezpieczeniowego*, o czym poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.
8. *Towarzystwo* zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.
9. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
10. Jednakże bezsporną część świadczenia *Towarzystwo* wypłaci w 30-dniowym terminie wskazanym w ust. 8 powyżej.
11. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty całości lub części świadczenia.
12. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, *Towarzystwo* powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione do świadczenia, uzasadniając odmowę w terminach określonych w ust. 8 i 9 powyżej.

Artykuł 9. Badanie lekarskie

1. *Towarzystwo* może przeprowadzić badania *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo*, gdy przedłożona dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia odpowiadającego warunkom *Umowy Ubezpieczenia*. Badania te są wykonywane we współpracującej z *Towarzystwem* placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*.
2. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Towarzystwa* poddać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli *Ubezpieczony* odmówi poddania się badaniom, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*.



WYJAŚNIENIE: *Towarzystwo* kieruje *Ubezpieczonego* na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do rozpatrzenia roszczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z *Towarzystwem* placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*.

Artykuł 10. Wskazanie i zmiana Uposażonego



WAŻNE: Uposażonego wskazuje Ubezpieczony. Uposażonym może być dowolna osoba fizyczna lub prawna. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkom od spadków i darowizn.

1. Ubezpieczony może wskazać lub zmienić Uposażonego przez doręczenie do Towarzystwa oświadczenia w formie pisemnej.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - b) PESEL Ubezpieczonego,
 - c) nr Umowy Ubezpieczenia,
 - d) imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwę podmiotu),
 - e) PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony jest osobą prawną: NIP),
 - f) udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.
3. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie Uposażonego świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 6.
4. Zmiana Uposażonego następuje pod warunkiem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
5. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
6. W przypadku braku Uposażonych uprawnionych do świadczenia świadczenie otrzyma małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenie zostanie wypłacone dzieciom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone pozostałym spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą oni po Ubezpieczonym.

Artykuł 11. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa



WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

1. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu śmierci, śmierci na skutek **NW komunikacyjnego, trwałej niezdolności do pracy, hospitalizacji min. 30-dniowej na skutek NW lub choroby** ani **hospitalizacji min. 4-dniowej na skutek NW** powstałych na skutek:
 - 1) chorób, które były zdiagnozowane lub leczone w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę zawarcia Umowy Ubezpieczenia i będących bezpośrednią przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w okresie 12 miesięcy od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Wyłączenie to nie ma zastosowania do kolejnych Umów Ubezpieczenia zawartych z tym samym Ubezpieczonym, jeśli okres między zakończeniem jednej Umowy Ubezpieczenia a zawarciem następnej Umowy Ubezpieczenia jest krótszy niż 2 miesiące,
 - 2) samobójstwa lub próby samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności, popełnionego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 3) samookaleczenia popełnionego przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności,
 - 4) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - 5) służby wojskowej odbywanej przez Ubezpieczonego w siłach zbrojnych lub siłach bezpieczeństwa dowolnego kraju,
 - 6) napaści lub usiłowania napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa oraz udziału w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym, stwierdzonych prawomocnym wyrokiem sądowym,
 - 7) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było bezpośrednią przyczyną danego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ponadto świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy **trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego** powstała na skutek:
 - 1) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - 2) niesprawności stwierdzonej na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych,
 - 3) nieudanej próby samobójstwa Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności, w ciągu 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Ponadto świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli **hospitalizacja min. 30-dniowa na skutek choroby lub NW lub hospitalizacja min. 4-dniowa na skutek NW** wystąpiły na skutek:
 - 1) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków zdarzeń objętych Umową Ubezpieczenia, albo w wyniku rehabilitacji, jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia, w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym szpitala,
 - 2) wykonania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
 - 3) jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
 - 4) zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu albo w wyniku wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, speleologia, sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, albo w wyniku uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
 - 5) niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyku, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia), lub jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie hospitalizacji,
 - 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 7) pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
 - 8) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.

Artykuł 12. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Oświadczenie o odstąpieniu może być złożone Towarzystwu za pośrednictwem Marsh Services, w takim przypadku oświadczenie o odstąpieniu jest skuteczne z dniem otrzymania oświadczenia przez Marsh Services.
2. Ubezpieczony ma prawo do wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia w każdym czasie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia może być złożone Towarzystwu za pośrednictwem Marsh Services, w takim przypadku wypowiedzenie jest skuteczne z dniem otrzymania oświadczenia przez Marsh Services.
3. W przypadku odstąpienia Ubezpieczonego od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia Towarzystwo zwróci całość składki.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego Umowa Ubezpieczenia wygasa z końcem miesięcznego okresu Ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia. Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej bezpośrednio lub za pośrednictwem Marsh Services.
5. Zwrot składki następuje w terminie do 45 dni od daty otrzymania oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia lub od daty otrzymania od Ubezpieczonego informacji o wygaśnięciu, rozwiązaniu, skróceniu Umowy leasingu, o ile nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu ochrony udzielonej Ubezpieczonemu. Kwota do zwrotu wyliczana jest proporcjonalnie za pełne miesiące okresu Ubezpieczenia przypadające po dacie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, za który została opłacona składka.
6. W przypadku cesji Umowy leasingu następuje zakończenie Umowy Ubezpieczenia oraz zwrot części składki. Klient podpisuje aneks do Umowy leasingu, natomiast Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.



WAŻNE: Odstąpienie oraz wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia powinno zostać złożone do Marsh Services. Wszelkie informacje na temat zwrotu składki można uzyskać w Marsh Services (Marsh Services sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa, tel. 48 22 376 16 13).

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczony, Uposażony*, uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia*, spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia*, mogą złożyć *reklamację*:
 - a) na piśmie na adres siedziby: Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa,
 - b) na adres e-mail: klient@nn.pl,
 - c) telefonicznie: +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
2. Każda *reklamacja* złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie *reklamacji* i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania *reklamacji*. W takim przypadku *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego *reklamację*, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.



WAŻNE: Termin 60 dni na odpowiedź Towarzystwa ws. reklamacji dotyczy tylko sytuacji, w których zebranie brakujących informacji lub ustalenie dodatkowych okoliczności jest niezbędne dla wyjaśnienia sprawy.

4. O ile składający *reklamację* nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na *reklamację* zostanie udzielona przez *Towarzystwo* na piśmie, niezależnie od sposobu zgłoszenia *reklamacji*.
5. „Polityka rozpatrywania *reklamacji*” zamieszczona jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
6. Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczonym, Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* lub spadkobiercą posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia* może zwrócić się w sprawie *reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
7. *Towarzystwo* zgadza się na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej podajemy adresy stron internetowych obu podmiotów: Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl> oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – <http://www.knf.gov.pl>.

Artykuł 14. Prawo właściwe, właściwość sądów i dodatkowe informacje dotyczące Towarzystwa

1. Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące w Polsce.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy Ubezpieczenia* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczonym, Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia*, spadkobiercą *Ubezpieczonego* lub spadkobiercą uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczonego, Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*, spadkobiercy *Ubezpieczonego* lub spadkobiercy uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie internetowej *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.
5. Komunikacja z *Towarzystwem* odbywa się w języku polskim.

Artykuł 15. Podatki

Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie tych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1387 t.j.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 865 t.j.).

Artykuł 16. Doręczenia

Korespondencja wysyłana przez *Towarzystwo* do *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

Artykuł 17. Aktualizacja informacji



WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych swoich i *Uposażonego*. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczenie informacji dotyczących *Umowy Ubezpieczenia* i znacząco usprawni jej obsługę.

1. *Ubezpieczony* jest zobowiązany do niezwłocznego informowania *Towarzystwa* o zmianach swoich danych osobowych i kontaktowych. W przypadkach uzasadnionych przepisami prawa *Towarzystwo* może poprosić o dokument tożsamości *Ubezpieczonego* w celu weryfikacji jego tożsamości oraz zmienionych danych osobowych.
2. *Ubezpieczony* zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania *Towarzystwa* o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Artykuł 18. Pełnomocnictwa

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z *Umową Ubezpieczenia* powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej i doręczone *Marsh Services* lub *Towarzystwu* w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata lub uprawnionego przedstawiciela *Marsh Services* lub *Towarzystwa*.

Warszawa, 3 stycznia 2023

Justyna Dymek
Członek Zarządu *Towarzystwa*

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu *Towarzystwa*

Szczególne Warunki Ubezpieczenia

Wsparcie medyczne po wypadku

Informacja dotycząca ubezpieczenia Wsparcie medyczne po wypadku

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienie:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 2 art. 5
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 7 pkt 7 art. 4 ust. 3 art. 6

Szczególne Warunki Ubezpieczenia

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Wsparcie medyczne po wypadku (zwane dalej: SWU) regulują zasady i zakres ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczonych na podstawie Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym.

Artykuł 1. Definicje

- Akt terroryzmu** – akt polegający na użyciu siły lub przemocy przez pojedynczą osobę lub grupę osób działających samodzielnie, w imieniu jakiegokolwiek organizacji lub rządu bądź w porozumieniu z taką organizacją lub rządem, popełniony z pobudek politycznych, religijnych, ideologicznych albo podobnych, z zamiarem wywarcia wpływu na rząd lub zastraszania społeczeństwa albo jego części.
- Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny.
- Klient/Korzystający** – osoba fizyczna, która zawarła z RCI Leasing Polska Sp. z o.o. Umowę leasingu lub osoba fizyczna wskazana przez stronę, która zawarła Umowę leasingu z RCI Leasing Polska Sp. z o.o.
- Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, niebędący Lekarzem Ubezpieczyciela.
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela.
- Miejsce zamieszkania** – adres mieszkania lub domu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który został wskazany przez Ubezpieczonego podczas zgłaszania do Ubezpieczyciela Zdarzenia ubezpieczeniowego po raz pierwszy. W przypadku zmiany Miejsca zamieszkania Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznego zgłoszenia tego faktu do Ubezpieczyciela.
- Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym, niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane Przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i spowodowało obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia.
- Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres ochrony danego Ubezpieczonego odpowiadający okresowi ochrony w ramach Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”.
- Osoba bliska** – współmałżonek, dziecko, wstępny, zstępny, brat, siostra, bratanek, bratanica, siostrzeniec, siostrzenica, ojczym, macocha, pasierb, teść, teściowa, zięć, synowa, bratowa, szwagier, szwagierka, przysposobiony, przysposabiający, pozostający pod opieką lub przyjęty na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu przepisów prawa rodzinnego.
- Osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki.
- Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie, które było wyłącznym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, polegające na oddziaływaniu na ciało:
 - energii kinetycznej – czynników mechanicznych lub siły grawitacji powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
 - energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
 - czynników chemicznych – powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc;
 - czynników akustycznych – powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.
- Szpital** – placówka opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie całodobowej opieki w zakresie leczenia i diagnostyki w stałych pomieszczeniach, odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny. Za szpital w rozumieniu niniejszych SWU nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
- Ubezpieczający** – spółka działająca pod firmą Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A.), z siedzibą przy ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131, która w imieniu i na rzecz Ubezpieczonych zawarła Umowę ubezpieczenia.
- Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU, który zawarł indywidualną Umowę Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”.
- Ubezpieczyciel** – spółka pod firmą AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ulicy Konstruktorskiej 12 (02-673 Warszawa); wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000189340, udzielająca ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonym na podstawie Umowy ubezpieczenia, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.
- Umowa leasingu** – umowa leasingu zawierana pomiędzy Korzystającym i RCI Leasing Polska Sp. z o.o.
- Umowa Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”** – indywidualna Umowa Ubezpieczenia na Życie Korzystających „Bezpieczny Leasing” zawarta pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. a Ubezpieczonym.
- Umowa ubezpieczenia** – Umowa grupowego ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, w ramach której na podstawie niniejszych SWU świadczona jest ochrona na rzecz Ubezpieczonych.
- Wyczynowe uprawianie sportu** – udział w zawodach, imprezach sportowych, obozach kondycyjnych i szkoleniowych lub próbach do nich, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu (zaliczamy do niego również Zawodowe uprawianie sportu).
- Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - osoby będące członkami klubów, uprawiające sporty indywidualne lub w ramach gier zespołowych, biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy,
 - osoby uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium, lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy zespołowo.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – co najmniej trzydniowa Hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Nieszczęśliwego wypadku.
- Zwierzęta domowe** – należące do Ubezpieczonego pies/psy i/lub kot/koty.

Artykuł 2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
 - Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - koszty konsultacji medycznych;
 - koszty świadczeń assistance;realizowanych na rzecz Ubezpieczonego w razie co najmniej trzydniowej Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ochrony ubezpieczeniowej, objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela;
 - świadczenia informacyjne.
- Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji medycznych, świadczeń assistance oraz świadczeń informacyjnych w zakresie wskazanym w poniższej tabeli:

Wsparcie medyczne po wypadku

I. Konsultacje medyczne	Limity	Zdarzenie ubezpieczeniowe		
Maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego	5			
1. wizyta domowa lekarza internisty				
2. konsultacja chirurga				
3. konsultacja okulisty				
4. konsultacja otolaryngologa				
5. konsultacja ortopedy	Świadczenia do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby konsultacji medycznych do wykorzystania	Do wyczerpania maksymalnej liczby konsultacji medycznych do wykorzystania w następstwie jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego		
6. konsultacja kardiologa				
7. konsultacja neurologa				
8. konsultacja pulmonologa				
9. konsultacja lekarza rehabilitacji				
10. konsultacja neurochirurga				
11. konsultacja psychologa				
Co najmniej trzydniowa Hospitalizacja wskutek Nieszczęśliwego wypadku				
II. Świadczenia assistance			Limity	
transport do Placówki medycznej				
transport pomiędzy Placówkami medycznymi				
transport z Placówki medycznej				
opieka nad Osobami niesamodzielnymi	Maksymalny łączny limit 1 000 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe			
opieka nad Zwierzętami domowymi				
transport i zakwaterowanie Osoby bliskiej				
opieka pielęgniarki				
III. Świadczenia informacyjne				
Infolinia medyczna		Na życzenie Ubezpieczonego		

4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 (tabela) Ubezpieczyciel, w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, organizuje opisane niżej świadczenia i pokrywa ich koszty do wysokości nieprzekraczającej limitów tam podanych.
5. W zakresie konsultacji medycznych, w razie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrywa koszty poniższych świadczeń:
 - 1) **wizyta domowa lekarza internisty** (lekarza chorób wewnętrznych, lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty medycyny rodzinnej);
 - 2) **konsultacje lekarzy specjalistów** następujących specjalności:
 - a) chirurg,
 - b) okulista,
 - c) otolaryngolog,
 - d) ortopeda,
 - e) kardiolog,
 - f) neurolog,
 - g) pulmonolog,
 - h) lekarz rehabilitacji,
 - i) neurochirurg,
 - j) psycholog.
6. Konsultacje medyczne wymienione w ust. 5 pkt 2 są organizowane na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie i po konsultacji z Lekarzem Ubezpieczyciela.
7. W zakresie świadczeń assistance, w razie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrywa koszty poniższych świadczeń do wysokości maksymalnego łącznego limitu na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe, określonego w art. 3 ust. 7:
 - 1) **transport do Placówki medycznej** – po zakończeniu Hospitalizacji, zgodnie z pisemnym zaleceniem wizyty w Placówce medycznej od Lekarza prowadzącego leczenie, z Miejsca zamieszkania do Placówki medycznej, o ile nie jest konieczna, według wiedzy Lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 2) **transport pomiędzy Placówkami medycznymi** – po zakończeniu Hospitalizacji, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, w przypadku pobytu w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia pacjenta lub w przypadku skierowania przez Lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej;
 - 3) **transport z Placówki medycznej** – po zakończeniu Hospitalizacji, do Miejsca zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia transportu medycznego od Lekarza prowadzącego leczenie i w sytuacji, gdy według wiedzy Lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 4) **opieka nad Osobami niesamodzielnymi** – w Miejscu zamieszkania, na czas Hospitalizacji, na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą, po uzgodnieniu przez Ubezpieczyciela z Lekarzem prowadzącym leczenie przewidywanego czasu Hospitalizacji;
 - 5) **opieka nad Zwierzętami domowymi** – w Miejscu zamieszkania, na czas Hospitalizacji, na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą, po uzgodnieniu przez Ubezpieczyciela z Lekarzem prowadzącym leczenie przewidywanego czasu Hospitalizacji oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach obowiązkowych;
 - 6) **transport i zakwaterowanie Osoby bliskiej** – na czas Hospitalizacji, w razie Hospitalizacji poza miejscowością, w której znajduje się Miejsce zamieszkania, po uzgodnieniu przez Ubezpieczyciela z Lekarzem prowadzącym leczenie przewidywanego czasu Hospitalizacji; świadczenie obejmuje:
 - a) transport jednej Osoby bliskiej z jej miejsca zamieszkania do hotelu przyszpitalnego lub hotelu w miejscowości Hospitalizacji,
 - b) zakwaterowanie Osoby bliskiej w hotelu przyszpitalnym lub hotelu w miejscowości Hospitalizacji,
 - c) transport powrotny Osoby bliskiej do jej miejsca zamieszkania;
 - 7) **opieka pielęgniarki** – w Miejscu zamieszkania (wraz z kosztami dojazdów pielęgniarki oraz jej honorariów), po zakończeniu Hospitalizacji, na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie opieki pielęgniarskiej w Miejscu zamieszkania, obejmująca koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego leczenie. Koszty sprawowania opieki pielęgniarskiej (zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony.
8. W zakresie świadczeń informacyjnych Ubezpieczyciel zapewnia dostęp do **infolinii medycznej**, umożliwiającej Ubezpieczonemu uzyskanie telefonicznej informacji na temat:
 - 1) danych teledadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
 - 2) danych teledadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - 3) danych teledadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - 4) danych teledadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów;
 - 5) danych teledadresowych aptek czynnych przez całą dobę;
 - 6) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami;
 - 7) sposobów, w jaki należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - 8) diet, zasad zdrowego żywienia.

- Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie niniejszych SWU jest udzielana wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Artykuł 3. Limity ilościowe i kwotowe świadczeń

- Ustalone limity kwotowe i ilościowe świadczeń stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe.
- Ubezpieczyciel spełnia świadczenie do wysokości limitów określonych w art. 2 ust. 3 (tabela) z uwzględnieniem maksymalnej liczby konsultacji medycznych do wykorzystania.
- Maksymalna liczba konsultacji medycznych, o której mowa w ust. 2, oznacza, że z 11 (jedenastu) dostępnych konsultacji medycznych Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 5 (pięć) konsultacji medycznych możliwych do wykorzystania na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe.
- W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego realizacja któregośkolwiek ze świadczeń z zakresu konsultacji medycznych pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń medycznych do wykorzystania, z uwzględnieniem postanowień ust. 5-6 poniżej.
- W ramach jednego Okresu ochrony ubezpieczeniowej ochroną objęta jest nieograniczona liczba Zdarzeń ubezpieczeniowych.
- W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, w ramach maksymalnej liczby konsultacji medycznych do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego rodzaju konsultacji medycznej.
- Na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe w ramach świadczeń assistance przysługuje organizacja i pokrycie kosztów świadczeń do wysokości maksymalnego łącznego limitu 1 000 zł (tysiąca złotych), z możliwością kilkakrotnego skorzystania z tego samego rodzaju świadczenia assistance.

Artykuł 4. Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, zawarcie i rozwiązanie Umowy

- Ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia Wsparcie medyczne po wypadku objęte są osoby fizyczne, które zawarły Umowę Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing” w wariantcie rozszerzonym.
- Składkę za Ubezpieczonych, których dane zostały przekazane Ubezpieczycielowi, uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela i Okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony danego Ubezpieczonego w wariantcie rozszerzonym Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”.
- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia na piśmie w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od umowy.
- W przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia Wsparcie medyczne po wypadku przed upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany Okres ochrony ubezpieczeniowej.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:
 - w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - 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 zagrożeniem, że brak zapłaty w tym terminie spowoduje ustanie odpowiedzialności – z dniem następnym po upływie dodatkowego terminu;
 - z końcem okresu ochrony w ramach Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing” w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - w dniu rezygnacji danego Ubezpieczonego z Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”;
 - w dniu rezygnacji danego Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 8;
 - z chwilą odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia;
 - z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”;
 - z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy leasingu;
 - z chwilą dokonania cesji praw z Umowy leasingu na podmiot trzeci.
- Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W tym celu Ubezpieczony przesyła na adres siedziby Ubezpieczyciela pisemne i podpisane przez siebie oświadczenie o rezygnacji, zawierające dodatkowo imię, nazwisko oraz numer PESEL. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje z dniem złożenia oświadczenia.
- Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony z możliwością jej wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
- Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Artykuł 5. Postępowanie w razie zaistnienia nieszczęśliwego wypadku

- W celu uzyskania konsultacji medycznych lub świadczeń assistance Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem, pod numerem telefonu (+48 22) 522 29 57 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania świadczeń:
 - dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz PESEL lub datę urodzenia);
 - datę zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą;
 - opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
 - adres korespondencyjny.
- W celu realizacji konsultacji medycznych lub świadczeń assistance Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać do Ubezpieczyciela pocztą lub na wskazany przez Ubezpieczyciela adres e-mail następujące dokumenty:
 - kopię karty wypisowej ze Szpitala lub, w przypadku trwającej Hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, z której jednoznacznie wynika, że powstałe obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia są następstwem Nieszczęśliwego wypadku;
 - kopię skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia konsultacji lub zalecenia dodatkowych świadczeń, z wyjątkiem świadczenia wymienionego w art. 2 ust. 5 pkt 1.
- Ubezpieczyciel, pod warunkiem uzyskania pisemnej zgody od Ubezpieczonego, zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
- W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie 2 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 powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności realizacji świadczeń w związku ze zgłoszonym roszczeniem o świadczenie Ubezpieczyciel, w terminie 3 Dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 albo ust. 5, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
- Koszty konsultacji medycznych i świadczeń assistance realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszych OWU pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Artykuł 6. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek:
 - działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniowaniem;
 - katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne);
 - strajków, lokautów, Aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować brak możliwości realizacji świadczeń;
 - braku dostępu lub ograniczonego dostępu do Ubezpieczonego, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
- Niezależnie od wyłączeń określonych w ust. 1 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe w następstwie:
 - popęnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popęnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - umyślnego samookaleczenia, usiłowania popęnienia samobójstwa lub samobójstwa Ubezpieczonego;
 - Wyczynowego uprawiania sportu;
 - udziału w wyścigach lub rajdach samochodowych;

- 5) zaburzeń psychicznych, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
 - 6) spożycia leków niezarejestrowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;
 - 7) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do prowadzenia pojazdu, chyba że fakt braku posiadania uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne);
 - 9) spożycia 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;
 - 10) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 11) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
3. Ubezpieczyciel nie pokrywa następujących kosztów powstałych w wyniku Zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 2) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania.
 4. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Nieszczęśliwe wypadki, które wystąpiły przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz ich następstwa.
 5. W przypadku gdy udzielenie świadczenia określonego w SWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem, że niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej pisemnej zgody.

Artykuł 7. Postanowienia końcowe

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobierców, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
 2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy mogą złożyć do Ubezpieczyciela:
 - 1) 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,
 - 2) na piśmie – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny Ubezpieczyciela: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - 3) w postaci elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
 3. 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 na piśmie.
 4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest na piśmie pocztą tradycyjną 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 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 i nie później, niż w terminie 30 dni od jej otrzymania, i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 4 powyżej.
 6. 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.
 7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, 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**
 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
www.rf.gov.pl
8. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje SWU osobie zainteresowanej – na piśmie lub – o ile osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, przed przekazaniem jej Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie „Bezpieczny Leasing”.
 9. W sprawach nieuregulowanych w SWU mają zastosowanie odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz obowiązujących powszechnie aktów prawnych w zakresie Umowy ubezpieczenia.
 10. Prawem właściwym dla niniejszego SWU jest prawo polskie.
 11. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
 12. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel, tj. AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą przy ul. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000189340, NIP: 107-00-00-164.
 13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla Miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
 14. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla Miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
 15. 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 rozstrzygnięcia sporów – platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektroniczny formularz skargi dostępny pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
 16. Ubezpieczyciel 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 jakichkolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, prawa polskiego lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.
 17. Niniejsze SWU przyjęte zostały uchwałą Ubezpieczyciela nr 026/2022 z dnia 14 listopada 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 3 stycznia 2023 r.

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 prawie 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 „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	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)
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 zgłoszoną przez Państwa szkodę.

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. Podcazas 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 tworzonych 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 w 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 zapasów (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 należyłą 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 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 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: iodopl@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 119z 04.05.2016, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2).

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce

Siedziba: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, Polska, Tel.: +48 22 522 25 00, Fax: +48 22 522 25 23, www.mondial-assistance.pl, sekretariat@mondial-assistance.pl, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000189340, NIP 107-00-00-164, REGON 015647690, Kapitał zakładowy spółki macierzystej: 17 287 285 EUR, wpłacony w całości.

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl; Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131, NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.