

**INFORMACJA DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
PAKIET MEDYCZNY**
zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej
i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWNEGO
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3 w zw. z § 1 ust. 3-20,
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 w zw. z § 1 ust. 3-20, § 5 ust. 3, § 7 ust. 2,

Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny”

§ 1

Postanowienia ogólne. Definicje.

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny” zwane dalej Warunkami Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny” określają zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej Klientom „POLISA-ŻYCIE” Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, zwaną dalej „Ubezpieczającym” przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, zwaną dalej „Ubezpieczycielem” w zakresie usług assistance świadczonych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, związanych z zaistnieniem nieszczęśliwego wypadku lub choroby na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
- Ubezpieczyciel realizuje wszelkie świadczenia wynikające z Warunków Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny” przez przedstawiciela, którym jest Mondial Assistance Sp. z o. o., z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, tel. 022 522 27 30 zwana dalej „Centrum Pomocy”.
- Pod pojęciem „**Ubezpieczony**” rozumie się osobę objętą ochroną ubezpieczeniową przez „Polisa-Życie” w ramach Ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA lub GRUPA+, która wyraziła chęć bycia objętą ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia „Pakiet Medyczny”.
- Pod pojęciem „**Ubezpieczający**” rozumie się „POLISA-ŻYCIE” Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, zwane dalej „Polisa-Życie”.
- Pod pojęciem „**Ubezpieczyciel**” rozumie się AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-672) przy ul. Domaniewskiej 50B.
- Pod pojęciem „**umowa ubezpieczenia**” rozumie się umowę ubezpieczenia grupowego zawartą między Ubezpieczycielem, a Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych.
- Pod pojęciem „**miejsce zamieszkania**” rozumie się lokal mieszkalny lub dom jednorodzinny pod adresem zamieszkania albo adresem korespondencyjnym Ubezpieczonego, pod warunkiem, że adres ten znajduje się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
- Pod pojęciem „**miejsce pobytu**” rozumie się adres na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, który wskazał Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, zgłaszając do Centrum Pomocy prośbę o pomoc.
- Pod pojęciem „**dziecko**” rozumie się dziecko własne lub przysposobione, w wieku do 18 lat.
- Pod pojęciem „**osoba niesamodzielna**” rozumie się osobę, która zamieszkuje z Ubezpieczonym w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i z powodów zdrowotnych nie jest zdolna do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego.
- Pod pojęciem „**nieszczęśliwy wypadek**” rozumie się nagłe zdarzenie, które miało miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie, którego Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.
- Pod pojęciem „**choroba**” rozumie się reakcję organizmu, która miała miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- Pod pojęciem „**choroba przewlekła**” rozumie się stan chorobowy zdiagnozowany lub będący w trakcie diagnozowania przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, za chorobę przewlekłą uważa się też chorobę stałą lub okresowo poddawaną leczeniu ambulatoryjnemu albo będącą przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed datą rozpoczęcia okresu ochrony ubezpieczeniowej.
- Pod pojęciem „**lekarz uprawniony**” rozumie się lekarza – konsultanta Centrum Pomocy.
- Pod pojęciem „**lekarz prowadzący**” rozumie się lekarza, odpowiedzialnego za proces leczenia Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego.
- Pod pojęciem „**placówka medyczna**” rozumie się szpital, przychodnię lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- Pod pojęciem „**Rodzic Małżonka Ubezpieczonego**” rozumie się rodzica Małżonka Ubezpieczonego lub ojczyma i macochę Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Małżonka Ubezpieczonego;
- Pod pojęciem „**Rodzic Ubezpieczonego**” rozumie się rodzica Ubezpieczonego lub ojczyma i macochę Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego, nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego;
- Pod pojęciem „**sprzęt rehabilitacyjny**” rozumie się sprzęt zalecony przez lekarza prowadzącego, niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- Pod pojęciem „**okres odpowiedzialności**” rozumie się okres, w którym Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego ma prawo korzystać z usług assistance, wskazanych w paragrafie 3., rozpoczynający się w dniu zgłoszenia danego Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego do programu „Pakiet Medyczny” oraz kończący w dniu, w którym Ubezpieczający zgłosił Ubezpieczycielowi wystąpienie danego Ubezpieczonego z programu.

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz Małżonka Ubezpieczonego w zakresie określonym w paragrafie 3.

§ 3

Zakres usług assistance świadczonych Ubezpieczonemu

- Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
 - dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza prowadzącego w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymaga leżenia;
 - pokrycie kosztów leków dostarczonych do miejsca pobytu do kwoty 300 złotych w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymaga leżenia;
 - transport medyczny z miejsca zamieszkania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymagającego pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - dostarczenie rzeczy osobistych** - jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego na skutek wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub choroby przebywa w szpitalu dłużej, niż 3 dni, Ubezpieczyciel, po uzyskaniu informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, zapewnia organizację i pokrycie kosztów przesłania kurierem rzeczy osobistych z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do placówki medycznej. Koszty świadczenia są pokrywane do kwoty 150 złotych na każde zdarzenie;
 - przyjazd członka rodziny** — jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego na skutek wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub choroby jest hospitalizowany dłużej, niż 3 dni, Ubezpieczyciel, po uzyskaniu informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, zapewnia organizację i pokrycie kosztów przejazdu członka rodziny (bilety autobusowe lub kolejowe i klasy) oraz zakwaterowanie w hotelu. Koszty wyżej wymienionych świadczeń są pokrywane do łącznej kwoty 300 zł na każde zdarzenie;
 - transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** w przypadku, gdy w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego przebywali w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej** w przypadku, gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia albo gdy Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - pomoc domową oraz pielęgnarską** - zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, w związku ze stwierdzoną przez lekarza uprawnionego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - organizacja procesu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Ubezpieczyciel zapewnia:
 - zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt rehabilitanta w domu do łącznej kwoty 600 złotych w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku, albo
 - zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 600 złotych w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku
 - organizacja wypożyczenia oraz zakup sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Ubezpieczyciel zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Ubezpieczyciel:
 - organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu do łącznej kwoty 400 złotych w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz

- b) pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 400 złotych w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) **pomoc psychologa** - jeżeli na skutek zdarzeń losowych takich jak:
 - a) zgon Małżonka Ubezpieczonego,
 - b) zgon Dziecka Ubezpieczonego,
 - c) zgon Rodziców Ubezpieczonego oraz Rodziców Małżonka Ubezpieczonego,
 - d) wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, będzie wskazana, zdaniem lekarza uprawnionego, konsultacja z psychologiem, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa.
 - 12) **wizyta lekarska w przypadku nieszczęśliwego wypadku** - zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 13) **wizyta pielęgniarki w przypadku nieszczęśliwego wypadku** - zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego.
2. Wszystkie wymienione powyżej usługi świadczone są do kwoty 1600 złotych oddzielnie dla Ubezpieczonego i Małżonka Ubezpieczonego z zastrzeżeniem, że limity wymienione w pkt. 2,4,5,8, 9 i 10. zawierają się w tej kwocie. Limity kosztów mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
3. O celowości organizacji i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 1, decyduje lekarz uprawniony.
4. Ponadto, Ubezpieczyciel oferuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego:
- informację o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
 - informację o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
 - informację o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - informację o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - informację o dietach, zdrowym żywieniu;
 - dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego oraz Ubezpieczyciel.

§ 4 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - a) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - b) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie zwraca:
 - 1) kosztów poniesionych w wyniku zdarzeń zaistniałych przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
 - 2) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (odpowiedzialnością nie objęte są braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego);
 - 3) kosztów powstałych z tytułu i w bezpośrednim następstwie:
 - a) popełnienia przestępstwa lub jego usiłowania w rozumieniu obowiązującej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy Kodeks Karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania w rozumieniu obowiązującej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy Kodeks Karny Skarbowy, wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu obowiązującej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy Kodeks Wykroczeń (dotyczy Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego);
 - b) umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub próby popełnienia samobójstwa podjętej przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, niezależnie od stanu ich poczytalności;
 - c) katastrof naturalnych, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, epidemii lub pandemii;
 - d) leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej medycznie skuteczności;
 - e) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
 - f) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to, czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
 - g) leczenia pośrednio bądź bezpośrednio wynikającego lub będącego konsekwencją: wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków, skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy;
 - h) pozostawiania Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków przepisanych przez lekarza lecz użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - i) chorób psychicznych Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego;
 - j) chorób przewlekłych Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego;
 - k) uprawiania przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi oraz rajdy samochodowe i motocyklowe;

- l) poddania się przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba, że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza prowadzącego;
 - m) zachorowania przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego na Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - n) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego lub osób działających z ich upoważnienia i/lub w ich imieniu; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba, że umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia stanowią inaczej lub zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od Ubezpieczyciela: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 5 Postępowanie w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

1. W razie zaistnienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego jest obowiązany niezwłocznie zgłosić się telefonicznie pod numer telefonu w Warszawie: 0 22 522 27 30 do Centrum Pomocy i podać następujące informacje:
 - 1) status osoby zgłaszającej (Ubezpieczony / Małżonek Ubezpieczonego)
 - 2) PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - 3) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 4) miejsce pobytu osoby zgłaszającej,
 - 5) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Pomocy do realizacji usług asystance.
2. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę
3. Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy.
4. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również spadkobierca Ubezpieczonego.

§ 6 Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, przy zachowaniu postanowień ust. 2 i 3. Wypowiedzenie umowy nie może jednak nastąpić wcześniej niż po upływie pierwszych 12 miesięcy obowiązywania umowy. 2. Od pierwszego dnia czwartego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zostało złożone, przez którąkolwiek ze Stron, oświadczenie o wypowiedzeniu umowy, Ubezpieczający zobowiązany jest do zaprzestania zgłaszania do ubezpieczenia grupowego „Pakiet Medyczny” osób objętych przez Ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową w ramach umów ubezpieczenia na Życie SUPER GRUPA oraz GRUPA+.
2. Dla osób zgłoszonych do ubezpieczenia grupowego „Pakiet Medyczny”, przed końcem okresu wypowiedzenia, ochrona ubezpieczeniowa z tego tytułu kończy się wraz z upływem miesiąca kalendarzowego, następującego po upływie 3- miesięcznego okresu wypowiedzenia, pod warunkiem, że została za nie opłacona składka. Do osób tych, mimo rozwiązania umowy, stosuje się odpowiednio jej postanowienia.
3. Ubezpieczający ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku jej niewykonywania lub nienależytego wykonywania przez Ubezpieczyciela lub podmioty, którymi Ubezpieczyciel posługuje się przy jej realizacji, niezależnie od ust. 1.
4. Ubezpieczyciel ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia po stronie Ubezpieczającego opóźnienia w zapłacie składki, trwającego ponad 30 dni lub w razie rażącego i zawinionego naruszenia przez Ubezpieczającego postanowień umowy. Rozwiązanie umowy w powyższych przypadkach może nastąpić wyłącznie po uprzednim pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty lub do usunięcia naruszeń w dodatkowym terminie 30 dni, niezależnie od ust. 1.
5. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.
6. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania umowy składając Ubezpieczającemu oświadczenie na piśmie. Wystąpienie z umowy ubezpieczenia wywołuje skutek z ostatnim dniem miesiąca, w którym złożono oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, z zastrzeżeniem, że oświadczenie to winno być złożone przynajmniej na jeden dzień przed dniem, w którym wywołuje ono skutek.

§ 7 Prawa i obowiązki Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz Małżonka Ubezpieczonego

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest na cudzy rachunek i składka finansowana jest przez Ubezpieczonego, Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć ubezpieczonemu warunki umowy przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczonego na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej.
2. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego zobowiązany jest, poza zgłoszeniem do Centrum Pomocy, użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia rozmiaru skutków zdarzeń. Jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego dopuści się rażącego niedbalstwa w wykonaniu powyższych obowiązków, Ubezpieczyciel może odmówić realizacji usługi asystance w całości albo w części, chyba że wykonanie całości lub części tej usługi odpowiada w danych okolicznościach zasadom współżycia społecznego bądź względem słuszności.

§8
Postanowienia końcowe

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Ubezpieczony, bądź spadkobiercy Ubezpieczonego mogą złożyć do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa w formie:
 - 1) ustnej – telefonicznie na numer telefonu: 22 522 26 40 (dostępny w dni robocze w godzinach 8-16) albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - 2) pisemnej - przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - 3) elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
3. AWP P&C S.A. Oddział w Polsce rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni, o wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej za pośrednictwem poczty tradycyjnej. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej.
6. Ubezpieczonemu bądź jego spadkobiercom przysługuje prawo do wnioskowania o pozasądowe rozstrzygnięcie sporu z Ubezpieczycielem przez Rzecznika Finansowego.

Komentarz:
Biuro Rzecznika Finansowego

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

Infolinia Konsumentka
Infolinia prowadzona przez Federację Konsumentów

telefon: 800 007 707 (od poniedziałku do piątku w godz. 9:00-17:00)
e-mail: info@federacja-konsumentow.org.pl

7. Za zgodą obu stron, do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmiennie od ustalonych w niniejszych OWU.
8. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
9. Do realizacji postanowień niniejszych OWU w imieniu i na rachunek Ubezpieczyciela uprawnione jest Centrum Pomocy.
10. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz obowiązujących powszechnie aktów prawnych.
11. Prawem właściwym dla niniejszego OWU jest prawo polskie.
12. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym i Ubezpieczonym, bądź spadkobiercami Ubezpieczonego jest język polski.
13. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia mogą zostać poddane pod rozstrzygnięcie Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego lub Sądu Polubownego przy Rzeczniku Finansowym, co wymaga zgody Ubezpieczyciela.

Komentarz:
Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego

Departament Ochrony Klientów
Pl. Powstańców Warszawy 1
00-950 Warszawa
tel. 22 26 24 054
sad.polubowny@knf.gov.pl
www.knf.gov.pl

Sąd Polubowny przy Rzeczniku Finansowym

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

14. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd powszechny. W razie, gdy powództwo zostanie wytoczone przeciwko Ubezpieczycielowi jako pozwanemu, winien on być oznaczony jako AWP P&C S.A. z siedzibą w Paryżu Oddział w Polsce zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. St. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000189340, NIP 107-00-00-164, z siedzibą w Warszawie (02-672) przy ul. Domaniewska 50B. Ubezpieczonemu lub Ubezpieczającemu przysługuje prawo wyboru sądu właściwego według przepisów o właściwości ogólnej, tj. sądu właściwego dla siedziby Ubezpieczyciela albo sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego albo ich spadkobiercy.
15. Niniejsze OWU przyjęte zostały Uchwałą Dyrekcji AWP P&C S.A. Oddział w Polsce nr U/032/2016 z dnia 14 października i wchodzi w życie z dniem 01 października 2016 r.