

**Informacja do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Assistance – Utrata Pracy”
 zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

	RODZAJ INFORMACJI:	NUMER ZAPISU OWU:
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	§ 1 ust. 4, § 5, § 7, § 8, § 10
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 4, § 6, § 7 ust. 3, § 7 ust. 4, § 9, § 10 ust. 3, § 10 ust. 4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „ASSISTANCE – UTRATA PRACY”

§1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Assistance – Utrata Pracy”, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia, zwanej dalej Umową ubezpieczenia, zawartej pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, zwaną dalej Ubezpieczycielem, a CNP Santander Insurance Europe DAC z siedzibą w Dublinie, zwanym dalej Ubezpieczającym, na rzecz klientów Ubezpieczającego, którzy zawarli z Ubezpieczającym Umowę podstawową, zwanych dalej Ubezpieczonymi.
- Na podstawie niniejszych OWU Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonym ochronę w zakresie:
 - Ubezpieczenia pomocy w razie Czasowej niezdolności do pracy, o której mowa w § 5;
 - Ubezpieczenia pomocy w razie Utraty pracy (Opiekun kariery), o której mowa w § 8.
- Do zakresu uprawnień Ubezpieczyciela należą:
 - przyjmowanie i rejestracja zgłoszeń zdarzeń;
 - weryfikacja uprawnień Ubezpieczonego do świadczeń przysługujących na podstawie Umowy ubezpieczenia;
 - rozpatrywanie roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia.
- Świadczenia na podstawie niniejszych OWU są udzielane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje OWU osobie zainteresowanej przystąpieniem do Umowy grupowego ubezpieczenia na piśmie lub na innym trwałym nośniku, jeśli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę.

§2. DEFINICJE

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

- Akt terroryzmu** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne albo grupowe, skierowane przeciwko osobom bądź obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszania ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszania dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
- Aktywność zawodowa** – oznacza świadczenie pracy:
 - na podstawie stosunku pracy w wymiarze co najmniej 20 godzin tygodniowo,
 - na podstawie umowy cywilnoprawnej w wymiarze co najmniej 20 godzin tygodniowo.Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby czasowo niezdolne do pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego o Czasowej niezdolności do pracy przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy lub przebywające na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich lub płatnych urloпах wypoczynkowych zgodnie z przepisami prawa pracy. Natomiast nie uznaje się za aktywne zawodowo osób otrzymujących świadczenia emerytalne lub rentowe zgodnie z właściwymi przepisami prawa.
- Bójka** – starcie fizyczne pomiędzy co najmniej trzema osobami, z których każda jednocześnie atakuje i broni się, w trakcie którego występuje niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia ciężkiego bądź średniego uszczerbku na zdrowiu.
- Centrum Informacji Prawnej** – działający w imieniu Ubezpieczyciela podmiot zawodowo zajmujący się prowadzeniem działalności w zakresie świadczenia pomocy prawnej.
- Choroba przewlekła** – to:
 - stan chorobowy zdiagnozowany przed objęciem ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem,
 - choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie bądź będąca przyczyną Hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia.
- Czasowa niezdolność do pracy** – wywołana Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem w Okresie ochrony ubezpieczeniowej czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania dotychczasowej Aktywności zawodowej, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim lub dokumentem wydanym przez inny organ uprawniony do orzekania w zakresie niezdolności do pracy.
- Członek rodziny** – Współmałżonek, Dzieci, rodzice Ubezpieczonego.
- Deklaracja zgody** – oświadczenie woli osoby zainteresowanej przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, wyrażające zgodę na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową, znajdujące się w Umowie podstawowej.
- Działania wojenne** – zorganizowane działania z zastosowaniem sił lądowych, morskich lub powietrznych, będące wynikiem konfliktu zbrojnego między państwami, narodami lub grupami społecznymi.
- Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- Dziecko** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, pod fachową opieką lekarską, poprzedzony odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu trwający krócej niż 24 godziny, pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
- Katastrofy naturalne** – trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wylądowania atmosferyczne.
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela.
- Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, niebędący Członkiem rodziny ani Lekarzem Ubezpieczyciela.
- Miejsce zamieszkania** – adres budynku lub lokalu mieszkalnego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazany przez Ubezpieczonego jako miejsce stałego zamieszkania.
- Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane Przyczyną zewnętrzną, które spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała.
- Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony w zakresie opisanym w OWU.
- Pojazd** – należący do Ubezpieczonego samochód osobowy o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony, liczbie miejsc pasażerskich nie większej niż 7 (wraz z kierowcą), zaopatrzony w polskie znaki rejestracyjne, dopuszczony do ruchu na drogach publicznych.
- Pojazd mechaniczny** – pojazd drogowy lub szynowy napędzany umieszczonym w nim silnikiem, jak również maszyna samobieżna i motorower.
- Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Poradnia rehabilitacyjna** – przychodnia lub gabinet fizjoterapii, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie losowe, które było wyłącznym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia obrażeń ciała, 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.
- Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowane do Ubezpieczyciela lub innych właściwych organów, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie w zgłoszeniu zdarzenia przez Ubezpieczonego lub opóźnienie wykonania świadczenia przez Ubezpieczyciela.
- Sporty niebezpieczne** – amatorskie uprawianie następujących dyscyplin i aktywności sportowych: wspinaczka górską i skałkowa, speleologia, rafting i wszystkie jego odmiany, wyścigi samochodowe lub motocyklowe w tym motocross, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, żeglarstwo morskie, myślistwo, sztuki walki i sporty obronne, kolarstwo górskie, narciarstwo (narty/snowboard) poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, skoki narciarskie, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na bezdechu, canyoning, baloniarstwo, bungee, B.A.S.E. jumping, surfing, kitesurfing, windsurfing, paralotniarstwo, szybownictwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo oraz wszelkie ich odmiany, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów). Za sporty ekstremalne uważa się również uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2 500 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe lub śnieżne.
- Sporty uprawiane wyczynowo** – uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych polegające na uczestniczeniu w treningach, obozach, zawodach sportowych, a także zawodowe uprawianie sportu jako źródła zarobkowania.
- Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego zarejestrowanego jako bezrobotny we właściwym urzędzie, w rozumieniu Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych. Dzierż uzyskania statusu bezrobotnego wskazany jest w decyzji wydanej przez właściwy urząd.
- Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju Świadczenia szpitalne, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- Świadczenie szpitalne** – wykonywane całą dobą kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.
- Transport medyczny** – transport do i z Placówki medycznej, zapewniony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za Transport medyczny nie uważa się dojazdów do Poradni rehabilitacyjnej.
- Ubezpieczający** – CNP Santander Insurance Europe DAC z siedzibą w Dublinie, Irlandia 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, zarejestrowany w Irlandii przez Company Registration Office pod numerem 488062.
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która na podstawie złożonej Deklaracji zgody została zgłoszona do Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
- Ubezpieczyciel** – spółka pod firmą AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 50b, 02-672 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego

przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000189340, posiadająca nadany numer NIP: 107-00-00-164, REGON: 015647690, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.

36. **Umowa podstawowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia Go Protect– Utrata Pracy, zawarta między Ubezpieczającym a Ubezpieczonym.
37. **Umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia Assistance – Utrata Pracy, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych.
38. **Uprawniony z Umowy ubezpieczenia** – uprawniony do żądania spełnienia przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia.
39. **Utrata pracy** – zakończenie Aktywności zawodowej z przyczyn nieleżących po stronie Ubezpieczonego, na zasadach przewidzianych w przepisach prawa pracy lub, odpowiednio, przepisach prawa cywilnego, skutkujące uzyskaniem przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego.
40. **Współmałżonek** – osoba, która z Ubezpieczonym pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, albo osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku partnerskim w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
41. **Zapytanie** – telefoniczny lub mailowy kontakt Ubezpieczonego z Ubezpieczycielem lub Centrum Informacji prawnej, z zapytaniem z zakresu Konsultacji prawnej lub zakresu Konsultacji ze specjalistą rynku pracy/trenerem HR.
42. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i uprawnia do skorzystania z pomocy w zakresie wynikającym z OWU, z zastrzeżeniem § 6 i § 9:
 - 1) w zakresie Ubezpieczenia pomocy w razie Czasowej niezdolności do pracy; trwająca co najmniej 30 dni Czasowa niezdolność do pracy;
 - 2) w zakresie Ubezpieczenia pomocy w razie Utraty pracy (Opiekun kariery): Utrata pracy.

§3. OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

§4. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

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

§5. UBEZPIECZENIE POMOCY W RAZIE CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY – PRZEDMIOT I ZAKRES

1. Przedmiotem ubezpieczenia są świadczenia, o których mowa w ust. 4 na podstawie zaświadczenia lekarskiego o trwającej co najmniej 30 dni Czasowej niezdolności do pracy lub zaświadczenia wydanego przez inny organ uprawniony do orzekania w zakresie niezdolności do pracy.

2. Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty pomocy w razie Czasowej niezdolności do pracy, o której mowa w ust. 4, do łącznej kwoty 1 000,00 PLN, co stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń ubezpieczeniowych w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Poniższa tabela przedstawia rodzaje świadczeń oraz limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela:

Rodzaj świadczenia	Limit odpowiedzialności
Pomoc domowa	łącznie do kwoty 1 000,00 PLN na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe
Dostarczenie zakupów	
Dostarczenie leków	
Transport medyczny	
Opieka nad Dziećmi	
Transport Dzieci do osoby wyznaczonej do opieki	
Opieka nad zwierzętami domowymi (psy, koty)	

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń, realizowanych na rzecz Ubezpieczonego w okresie Czasowej niezdolności do pracy:
 - 1) **Pomoc domowa** – w Miejscu zamieszkania, wraz z pokryciem wynagrodzenia i kosztów przejazdu pomocy domowej do Miejsca zamieszkania, w zakresie wykonywania porządków domowych (odkurzanie, zmywanie, mycie podłóg, podlewanie kwiatów) i przygotowania posiłków;
 - 2) **Dostarczenie zakupów** – do Miejsca zamieszkania, w zakresie zakupów artykułów spożywczych i gotowych posiłków; koszt zakupów ponosi Ubezpieczony;
 - 3) **Dostarczenie leków** – do Miejsca zamieszkania, w przypadku konieczności zażywania leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie; koszt leków pokrywa Ubezpieczony;
 - 4) **Transport medyczny:**
 - a) do Placówki medycznej – na podstawie pisemnego zalecenia wizyty w Placówce medycznej od Lekarza prowadzącego leczenie,
 - b) z Placówki medycznej – do Miejsca zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia Transportu medycznego od Lekarza prowadzącego leczenie;
 - 5) **Opieka nad Dziećmi** – w Miejscu zamieszkania, wraz z pokryciem wynagrodzenia i kosztów przejazdu do Miejsca zamieszkania osoby zatrudnionej przez podmiot profesjonalnie zajmujący się realizacją tego typu usług; świadczenie jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą;
 - 6) **Transportu Dzieci do osoby wyznaczonej do opieki** – z Miejsca zamieszkania do osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad Dziećmi, oraz transportu powrotnego; świadczenie jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą;
 - 7) **Opieka nad zwierzętami domowymi (psy, koty)** – w Miejscu zamieszkania, wraz z pokryciem wynagrodzenia i kosztów przejazdu do Miejsca zamieszkania osoby do opieki nad zwierzętami domowymi (psami, kotami), w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny.

§6. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DLA ZAKRESU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe wskutek:
 - 1) Działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniowaniem;
 - 2) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 3) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 4) wad wrodzonych;
 - 5) zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
 - 6) Chorób przewlekłych;
 - 7) zaburzeń psychicznych, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
 - 8) nieprzestrzegania zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie;
 - 9) leczenia zachowawczego lub zapobiegawczego;
 - 10) spożycia alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
 - 11) prowadzenia przez Ubezpieczonego Pojazdów mechanicznych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
 - 12) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 13) umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego;
 - 14) udziału Ubezpieczonego w Bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
 - 15) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 16) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
 - 17) Sportów uprawianych wyczynowo;
 - 18) uprawiania Sportów niebezpiecznych;
 - 19) uczestniczenia Ubezpieczonego w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotów wojskowych lub prywatnych linii nieposiadających stosownych licencji na przewóz pasażerów.

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli okres Czasowej niezdolności do pracy trwał krócej niż 30 dni.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczeń, jeżeli jest ono następstwem:
 - 1) działania Siły wyższej lub Katastrof naturalnych;
 - 2) strajków, niepokoju społecznego, Aktów terroryzmu, Działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych.

§7. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU POTRZEBY SKORZYSTANIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO Z POMOCY W RAZIE CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. W celu skorzystania z pomocy w razie wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu (+48) 22 563 11 89 lub 22 383 21 89 i podać następujące informacje:
 - 1) dane umożliwiającej identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko oraz PESEL lub datę urodzenia);
 - 2) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą występującą w jego imieniu;
 - 3) datę zajścia Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku.
2. W celu realizacji świadczeń opisanych w § 5 ust.4 Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza prowadzącego leczenie w związku z Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem, potwierdzającej wystąpienie u Ubezpieczonego Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku powstałego w Okresie ochrony ubezpieczeniowej (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza prowadzącego leczenie w związku z Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem).
 - 2) kopię zaświadczenia lekarskiego o Czasowej niezdolności do pracy, stwierdzającego u Ubezpieczonego niezdolność do pracy przez okres nieprzerwanie co najmniej 30 dni, w wyniku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku powstałego w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
 - 3) ponadto,
 - a) w przypadku świadczenia Transport medyczny – pisemne zalecenie Transportu medycznego od Lekarza prowadzącego leczenie,
 - b) w przypadku świadczenia Dostarczenie leków – pisemne zalecenie zażywania leków lub recepta od Lekarza prowadzącego leczenie,
 - c) w przypadku świadczeń Opieka nad Dziećmi i Transport Dzieci do osoby do opieki – pisemną zgodę na opiekę nad Dziećmi lub na transport Dzieci.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
4. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opisanych w § 5 ust.4, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
5. Koszty świadczeń, o których mowa w § 5 ust. 4 pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek realizujących te świadczenia.

§8. UBEZPIECZENIE POMOCY W RAZIE UTRATY PRACY (OPIEKUN KARIERY) – PRZEDMIOT I ZAKRES

1. Przedmiotem ubezpieczenia są świadczenia, o których mowa w ust. 3 w razie Utraty pracy.
2. Poniższa tabela przedstawia rodzaje świadczeń oraz limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Rodzaj usługi	Limity odpowiedzialności na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe
Konsultacja ze specjalistą rynku pracy/trenerem HR	3 Zapytania
Konsultacja prawna	3 Zapytania
Konsultacja psychologa	1 konsultacja

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:
 - 1) **Konsultacja ze specjalistą rynku pracy/trenerem HR** – Ubezpieczyciel, w terminie 3 Dni roboczych od daty Zapytania, zapewnia:
 - a) pomoc w przygotowaniu do rozmowy rekrutacyjnej,
 - b) pomoc w przygotowaniu dokumentów aplikacyjnych – życiorysu (Curriculum Vitae – CV) oraz listu motywacyjnego – korekta dokumentów aplikacyjnych przygotowanych przez Ubezpieczonego oraz przesyłanie wzorów dokumentów życiorysu oraz listu motywacyjnego,
 - c) pomoc w tłumaczeniu życiorysu, listu motywacyjnego oraz dokumentów referencyjnych na język angielski,
 - d) pomoc w wyszukiwaniu ofert pracy i kursów doszkalających,
 - e) przekazywanie informacji na temat:
 - efektywnych systemów motywacyjnych, wartościowania stanowisk, konstrukcji siatek płac, budowy systemów premiowych, konstruowania pakietów świadczeń,
 - formułowania strategii i polityki personalnej,
 - ryzyka inwestycyjnego w dziedzinie zarządzania kapitałem ludzkim.

Odpowiedź w ramach Konsultacji ze specjalistą rynku pracy/trenerem HR następuje najpóźniej do końca 3 Dni roboczych licząc od dnia otrzymania Zapytania przez Ubezpieczyciela.

Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu świadczenie Konsultacji ze specjalistą rynku pracy/trenerem HR w razie Utraty pracy przez Ubezpieczonego oraz pokrycie jej kosztów w limicie maksymalnie 3 Zapytań w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, bez limitu Zdarzeń ubezpieczeniowych w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej.

- 2) **Konsultacja prawna** – Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Centrum Informacji Prawnej, zapewnia Ubezpieczonemu możliwość skorzystania z Konsultacji Prawnej w zakresie prawa pracy, wyłącznie z zakresu prawa polskiego, obejmującej:
 - a) udzielanie w formie elektronicznej informacji o aktualnej lub archiwalnej treści aktów prawnych,
 - b) przesyłanie w formie elektronicznej standardowych wzorów umów o pracę, porozumień rozwiązujących lub zmieniających umowy,
 - c) udzielanie telefonicznie lub w formie elektronicznej porad prawnych z zakresu prawa pracy, niewymagających analizy lub sporządzenia dokumentów,
 - d) udzielanie telefonicznie lub w formie elektronicznej informacji na temat:
 - warunków otrzymania oraz wysokości odprow pieniężnych dla pracowników zwalnianych z przyczyn leżących po stronie pracodawcy,
 - warunków przydzielania świadczeń przedemerytalnych,
 - praw i obowiązków bezrobotnych,
 - procedur rejestracji w urzędzie pracy,
 - warunków przydzielania zasiłku dla bezrobotnych,
 - form pomocy udzielanej osobom bezrobotnym,
 - danych teled adresowych biur pośrednictwa pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - danych teled adresowych biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - dokumentów i procedur, koniecznych do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.

Odpowiedź w ramach Konsultacji prawnej następuje najpóźniej do końca 3 Dni roboczych licząc od dnia otrzymania Zapytania przez Centrum Informacji Prawnej.

Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu świadczenie Konsultacji prawnej w razie Utraty pracy przez Ubezpieczonego oraz pokrycie jej kosztów w limicie maksymalnie 3 Zapytań w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, bez limitu Zdarzeń ubezpieczeniowych w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
- 3) **Konsultacja psychologa** – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie koszty pomocy (konsultacji) u psychologa.

§9. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI W ZAKRESIE POMOCY W RAZIE UTRATY PRACY (OPIEKUN KARIERY)

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe wskutek:
 - 1) Działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniowaniem;
 - 2) spożycia alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
 - 3) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 4) umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
 - 5) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 6) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:
 - 1) zakończenia Aktywności zawodowej (przypadającego na dzień zakończenia stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej) w okresie pierwszych 90 dni od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia;
 - 2) złożenia oświadczenia jednej ze stron umowy o pracę bez zachowania okresu wypowiedzenia;
 - 3) gdy Ubezpieczony podjął jakąkolwiek pracę zarobkową;
 - 4) gdy Ubezpieczony znajdował się w okresie wypowiedzenia w momencie objęcia ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia;
 - 5) gdy stosunek pracy lub umowa cywilnoprawna wygasły w związku z upływem okresu, na jaki zostały zawarte;
 - 6) gdy zakończenie Aktywności zawodowej nastąpiło z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczonego;
 - 7) utraty przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego;
 - 8) gdy Ubezpieczony wykonywał pracę na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło;
 - 9) gdy w okresie 90 dni przed objęciem ochroną w ramach Umowy Ubezpieczenia wiedział, że zatrudniający go pracodawca dokonał przynajmniej jednej z następujących czynności:
 - a) złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o wypowiedzeniu dotychczasowych warunków pracy lub płacy,
 - b) zakomunikował zakładowej organizacji związkowej zamiar wypowiedzenia Ubezpieczonemu umowy o pracę,
 - c) zawiadomił zakładowe organizacje związkowe albo powiatowy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych,
 - d) poinformował Ubezpieczonego o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę,
 - e) pracodawca złożył wniosek o ogłoszenie upadłości, likwidacji lub rozpoczął postępowanie układowe zakładu pracy.

- 10) gdy Utrata pracy nastąpiła w związku z zakończeniem stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego:
- z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, która jest z Ubezpieczonym krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia pokrewieństwa,
 - ze spółką osobową, w której wspólnikiem lub krewnym jest powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia pokrewieństwa,
 - ze spółką kapitałową, w której krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia pokrewieństwa posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych (nie dotyczy sytuacji, kiedy akcje przedsiębiorstwa notowane są na giełdzie papierów wartościowych).
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczeń, jeżeli jest ono następstwem:
- działania Siły wyższej lub Katastrof naturalnych;
 - strajków, niepokoїв społecznych, Aktów terroryzmu, Działañ wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych.

§10. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU POTRZEBY SKORZYSTANIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO Z POMOCY W RAZIE UTRATY PRACY (OPIEKUN KARIERY)

- W celu skorzystania z pomocy w razie Utraty pracy, Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu (+48) 22 563 11 89 lub 22 383 21 89 i podać następujące informacje:
 - dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko oraz PESEL lub datę urodzenia);
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą występującą w jego imieniu;
 - datę Utraty pracy.
- W celu realizacji świadczeń opisanych w § 8 ust. 3, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - świadcstwo pracy albo oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub równoważny dokument w przypadku umowy cywilnoprawnej;
 - zaświadczenie lub decyzję o uzyskaniu Statusu bezrobotnego.
- Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego.
- W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opisanych w § 8 ust. 3 Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
- Koszty świadczeń, o których mowa w § 8 ust. 3, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek realizujących te świadczenia.

§11. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

§12. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

- Ubezpieczyciel jest zobowiązany wykonywać świadczenia z należytą starannością.**
- Obowiązki Ubezpieczyciela wynikające z Umowy ubezpieczenia będą wykonywane przez niego osobiście lub przez podmioty przez niego wskazane. Ubezpieczyciel ponosi pełną odpowiedzialność za działania lub zaniechania osób i podmiotów, którym powierzył wykonanie na rzecz Ubezpieczonego poszczególnych czynności.
- Ubezpieczyciel nie odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczeń w przypadku działania Siły wyższej.
- Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonym i Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, na ich żądanie, informacji o ich prawach i obowiązkach wynikających z OWU.

§13. REGRES

- Jeżeli nie umówiono się inaczej, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela z dniem wypłaty świadczenia przez Ubezpieczyciela do wysokości wykonanego lub wypłaconego świadczenia.
- Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Ubezpieczyciela, zrezygnuje z prawa dochodzenia roszczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa do zabezpieczenia roszczenia, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia do wysokości należnego roszczenia.
- Nie przechodzi na Ubezpieczyciela roszczenie przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
- Na żądanie Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, przekazując informacje i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

§14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
- Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy mogą złożyć Reklamację:
 - pisemnie – przesyłką pocztową na adres AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - pocztą elektroniczną – przysyłając e-mail na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl,
 - ustnie – telefonicznie pod numer: (+48 22) 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku w dni robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela.
- Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 2 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 3, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Ubezpieczyciel poinformuje niezwłocznie składającą Reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.
- O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Ubezpieczyciela w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
- Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora Oddziału Ubezpieczyciela. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest pocztą lub zgodnie z ust. 4.
- Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
- Osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w Ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w Ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Biuro Rzecznika Finansowego

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

Infolinia Konsumentka

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

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
www.rf.gov.pl

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

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



Tomasz Frączek
Dyrektor Oddziału