

# Ubezpieczenie dla Klientów EURO-net Sp. z o.o.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym



Przedsiębiorstwo: Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce  
z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1

Produkt: Ubezpieczenie Raty pod ochroną

Szczegółowe informacje związane z ubezpieczeniem znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „Raty pod ochroną” dla klientów EURO-net Sp. z o.o. przyjętych i zatwierdzonych przez Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce Zarządzeniem nr 18/2022 z dnia 03.02.2022 r. i obowiązujących od 24.02.2022 r. (dalej OWU).

## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Produkt jest ubezpieczeniem ochronnym oferującym spłatę kredytu lub rat kredytu w przypadkach zdefiniowanych w OWU oraz ubezpieczeniem assistance oferującym organizację i pokrycie kosztów usług związanych ze zdarzeniami assistance określonymi w OWU. Produkt adresowany jest do osób fizycznych, które dokonały zakupu towaru w sieci EURO-net Sp. z o.o. finansując go kredytem ratalnym.



### Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Ubezpieczenie może zostać zawarte w dwóch różniących się zakresem wariantach:

- Wariant Zdrowie
- Wariant Zdrowie, Praca, Rodzina

Przedmiotem ubezpieczenia w Wariancie Zdrowie oraz w Wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina jest:

- ✓ śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – suma ubezpieczenia odpowiada iloczynowi liczby rat kredytu pozostających do spłaty w momencie zdarzenia i wartości pojedynczej raty;
- ✓ assistance medyczny w przypadku wystąpienia Pobytu w szpitalu, Czasowej niezdolności do pracy lub Ukąszenia przez kleszcza – limit 500 zł na każde ze świadczeń wchodzących w skład assistance medycznego;

oraz wymiennie w zależności od spełnienia przesłanek określonych w warunkach ubezpieczenia i źródła dochodu uzyskiwanego przez Ubezpieczonego w momencie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego:

- ✓ Pobyt w szpitalu – limit świadczeń odpowiada równowartości 6 rat kredytu w całym okresie ochrony;
- ✓ Czasowa niezdolność do pracy – limit świadczeń odpowiada równowartości 6 rat kredytu w całym okresie ochrony.

Dodatkowo w Wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina przedmiotem ubezpieczenia jest wymiennie w zależności od spełnienia przesłanek określonych w warunkach ubezpieczenia i źródła dochodu uzyskiwanego przez Ubezpieczonego w momencie zaistnienia zdarzenia:

- ✓ Utrata pracy – limit świadczeń odpowiada równowartości 6 rat kredytu w całym okresie ochrony oraz assistance zawodowy – limit 500 zł na każde świadczenie;
- ✓ Spłata Rachunków w razie Pobytu w szpitalu – limit świadczeń odpowiada równowartości sumie kwot rachunków, nie więcej niż 300 zł, maksymalnie 6 świadczeń w całym okresie ochrony.

W Wariancie Zdrowie i Wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony, który jednocześnie jest Ubezpieczającym.

Dodatkowo w Wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina ochroną ubezpieczeniową z tytułu Pobytu w szpitalu, Czasowej niezdolności do pracy oraz assistance medycznego objęci są również Członkowie Rodziny Ubezpieczającego (tj. współmałżonek lub partner oraz dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ukończyły 18. roku życia, oraz matka i ojciec Ubezpieczającego).



### Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje m.in.:

- ✗ ryzyk innych niż śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Pobyt w szpitalu, Czasowa niezdolność do pracy, Utrata pracy, assistance medyczny i zawodowy;
- ✗ zdarzeń assistance, które nie zostały wskazane w WU;
- ✗ zdarzeń medycznych, które są skutkiem (pozostają w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym) Choroby przewlekłej lub Choroby zdiagnozowanej przed rozpoczęciem ochrony w rozumieniu definicji zawartych w OWU oraz ich powikłań i zaostreżeń;
- ✗ w przypadku Pobytu w szpitalu – pobytu w szpitalu krótszego niż 5 dni oraz innego niż w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku;
- ✗ w przypadku Czasowej niezdolności do pracy – niezdolności trwającej krócej niż 7 dni.

Dodatkowo w przypadku Utraty pracy i assistance zawodowego ubezpieczenie nie obejmuje:

- ✗ zdarzeń powstałych w okresie 90 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
- ✗ sytuacji, gdy Ubezpieczony nie uzyskał statusu bezrobotnego;
- ✗ sytuacji, gdy rozwiązanie Stosunku pracy nastąpiło bez wypowiedzenia, z winy pracownika lub zawinionej przez pracownika utraty uprawnień koniecznych do wykonania pracy na zajmowanym stanowisku.



### Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! Ubezpieczyciel odpowiada maksymalnie do sumy ubezpieczenia i limitów świadczeń określonych w OWU;
- ! Dzieci objęte ochroną w wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina nie mogą być starsze niż 18 lat;

Dodatkowo nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- ! zdarzenia będące następstwem działań wojennych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
- ! zdarzenia powstałe na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli osoba ta wiedziała lub powinna wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody;
- ! zdarzenia powstałe na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów silnikowych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody.

Pełna lista zdarzeń, które nie są objęte ochroną ubezpieczeniową, znajduje się w art. 13 OWU i zależy od wariantu ubezpieczenia.



### Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ubezpieczenie obowiązuje na terenie Polski.



### Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia należy zapoznać się z warunkami ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Ubezpieczyciela oświadczenia znajdujące się na dokumencie ubezpieczenia (polisie).

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego należy:

- zawiadomić Ubezpieczyciela o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego,
- przekazać Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne do likwidacji szkody.

W razie zajścia zdarzenia assistance należy:

- zawiadomić Centrum Alarmowe Assistance (CAA) o wystąpieniu zdarzenia assistance,
- podać CAA dostępne informacje, niezbędne do udzielenia należytej pomocy oraz postępować zgodnie z dyspozycjami CAA,
- przekazać CAA dokumenty, o które CAA wnioskuje.



### Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę ubezpieczeniową opłaca Ubezpieczający jednorazowo, z góry za cały okres trwania umowy ubezpieczenia.



### Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia (polisie).



### Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może w każdym czasie złożyć oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia lub odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od zawarcia umowy. Stosowne oświadczenie może złożyć w formie pisemnej lub za pomocą telefonu albo poczty elektronicznej.

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się również z chwilą śmierci Ubezpieczonego lub z chwilą odstąpienia od kredytu.

# Ogólne warunki ubezpieczenia „Raty pod ochroną” dla klientów EURO-net Sp. z o.o.

## Informacja dotycząca zapisów Ogólnych warunków ubezpieczenia Raty pod ochroną dla klientów EURO-net Sp. z o.o.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	Artykuł 2 ust. 32, Artykuł 4 ust. 4, Artykuł 5 ust. 1-4, Artykuł 6 ust. 1-4, Artykuł 7 ust. 1-4, Artykuł 8 ust. 1-4, Artykuł 10 ust. 1 pkt 1 lit a, ust. 2 pkt 1 lit. a, pkt 2 lit. a, pkt 3 lit. a, pkt 4 lit. a, ust. 3 pkt 1 lit. a, pkt 2 lit. a, pkt 3 lit. a, Artykuł 11 ust. 6-8.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Artykuł 5 ust. 5, Artykuł 6 ust. 5 i 6, Artykuł 7 ust. 6 i 7, Artykuł 8 ust. 5 i 6, Artykuł 10, Artykuł 11 ust. 3 i 4, Artykuł 12 ust. 3 i 4, Artykuł 13, Artykuł 14 ust. 7 i 17, Artykuł 15 ust. 3 i 4.

### Artykuł 1.

#### Postanowienia ogólne

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1 (01-211), zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000320749, NIP 108-00-06-955 działającą na mocy zezwolenia National Bank of Belgium/Financial Services and Markets Authority 0487, wchodzącą w skład grupy AXA, zwaną dalej Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym.
- Informacja dla Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o przetwarzaniu danych osobowych zawarta jest w art. 16 niniejszych warunków ubezpieczenia.

### Artykuł 2.

#### Definicje pojęć

Pojęciom użytym w niniejszych OWU oraz innych dokumentach związanych z umową ubezpieczenia nadaje się znaczenie określone poniżej:

- Centrum Alarmowe Assistance** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, będąca jednostką działającą w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela zajmującą się czynnościami obsługowymi w ramach umowy ubezpieczenia, a w szczególności organizacją świadczeń assistance określonych w niniejszych OWU.
- Choroba przewlekła** – choroba zdiagnozowana przez rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.
- Choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentystę, przy czym rozpoznanie może być utrwalone także w formie akronimu albo pod postacią kodu ICD-10.
- Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, powstała na skutek urazu ciała spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, trwająca minimum siedem nieprzerwanie następujących po sobie dni.
- Członek rodziny** – współmałżonek lub Partner, dzieci własne lub przysposobione, które nie ukończyły 18 roku życia, matka, ojciec Ubezpieczającego.
- Działalność gospodarcza** – działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tj. Dz.U.2015.584) prowadzona przez Ubezpieczonego, na własny rachunek, na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, lub Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru prowadzonego przez właściwy organ.
- Dzień Pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu kalendarzowym trwał jego Pobyt w Szpitalu.
- Dzień Utraty pracy** – data rozwiązania/odwołania Stosunku pracy lub zakończenia Działalności gospodarczej potwierdzona zmianami w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
- EURO-net Sp. z o.o./Agent** – EURO-net Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: 02-273 Warszawa, ul. Muszkietierów 15, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, Wydział XIV Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000117710, o numerze NIP 5270005984, o numerze REGON 010137837, o numerze rejestrowym BDO 000011437, o kapitale zakładowym w wysokości 560 190 zł, będąca agentem ubezpieczeniowym Ubezpieczyciela w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa.
- Klient** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia, a także poszukujący ochrony ubezpieczeniowej.
- Konsument** – osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych i dokonująca w EURO-net Sp. z o.o. Zakupu towaru.
- Kredyt** – umowa kredytu ratalnego zawarta za pośrednictwem EURO-net Sp. z o.o. pomiędzy Konsumentem a bankiem finansującym w celu finansowania Zakupu towaru.
- Lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym w Szpitalu, w którym Ubezpieczony poddał się leczeniu.
- Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły, stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak nie wymagający interwencji pogotowia ratunkowego.
- Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe mające miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które wystąpiło w okresie ubezpieczenia, wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależną od woli Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu lub rozstroju zdrowia lub zmarł. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się urazów i chorób związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi lub następujących zmian chorobowych: zawału serca, wylewu krwi, udaru, krwotoku śródmózgowego, padaczki, zatrucia oraz wszelkich innych chorób i infekcji, również tych, które wystąpiły nagle.
- Partner** – osoba prowadząca z Ubezpieczającym wspólne gospodarstwo domowe i nie będąca z nim w związku małżeńskim, a także z nim niespokrewniona.
- Pierwotny harmonogram spłat** – terminarz (harmonogram) spłat rat Kredytu sporządzony przy zawarciu Kredytu i obowiązujący jako pierwszy.
- Pobyt w Szpitalu** – pobyt w Szpitalu, trwający minimum 5 dni, w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku, których nie można leczyć ambulatoryjnie.

- nie; za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze Szpitala.
19. **Rachunki** – rachunki dotyczące miejsca zamieszkania wystawione na Ubezpieczającego lub małżonka Ubezpieczającego lub Partnera za gaz, energię elektryczną, czynsz, Internet, telefon, olej opałowy.
  20. **Reklamacja** – wystąpienie Klienta, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela lub Agenta w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową. Za Reklamację uważa się także brak zgody roszczonego co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo co do wysokości świadczenia.
  21. **Saldo zadłużenia** – kwota wynikająca z Pierwotnego harmonogramu spłat obliczana jako liczba rat, która pozostaje do spłaty po dniu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku pomnożona przez kwotę pojedynczej raty.
  22. **Sporty wysokiego ryzyka** – wszystkie dyscypliny sportowe uprawiane w ramach Wyczynowego uprawiania sportu oraz poniżej wskazane dyscypliny sportowe uprawiane na poziomie rekreacyjnym: sporty motorowe, sporty kaskaderskie, sporty lotnicze, alpinizm, bungee jumping, surfing, windsurfing, kitesurfing, wakeboarding, jazda na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, narciarstwo ekstremalne, snowboarding ekstremalne, kajakarstwo wysokogórskie, sporty walki, bobsleje, saneczkarstwo, sztuki walki, downhill, jeździectwo, szermierka, sporty obronne, speleologia, skoki do wody, pletwonurkowanie, polowanie, skoki narciarskie, akrobatyka, gimnastyka sportowa, sporty strzeleckie, BASE jumping, rafting, icesurfing, skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle rowerowy, narciarski i snowboardowy, parkour, udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni, uczestniczenie w wyprawach survivalowych.
  23. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, wspomagający proces rehabilitacji lub samodzielne funkcjonowanie Ubezpieczonego lub Członka rodziny Ubezpieczonego.
  24. **Status bezrobotnego** – uzyskiwany przez osobę fizyczną status bezrobotnego, w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r., w której wskazane zostały przesłanki do uzyskania statusu bezrobotnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 674 z późn. zm.), lub w rozumieniu innych mających zastosowanie do Ubezpieczonego odpowiednich przepisów prawa polskiego.
  25. **Stosunek pracy** – za stosunek pracy uważa się:
    - 1) umowę o pracę lub stosunek służbowy zawarty na czas nieokreślony,
    - 2) umowę o pracę lub stosunek służbowy zawarty na czas określony, pod warunkiem, że zgodnie z umową data rozwiązania umowy o pracę lub data ustania stosunku służbowego jest późniejsza niż data spłaty ostatniej raty Kredytu,
    - 3) Działalność gospodarczą.
  26. **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa Rzeczypospolitej Polskiej zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowany personel medyczny opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za Szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala uzdrowiskowo-rehabilitacyjnego, szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego i ośrodka rehabilitacji.
  27. **Ubezpieczający** – Konsument, który zawarł umowę ubezpieczenia; Ubezpieczający jest zawsze Ubezpieczonym.
  28. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, przy czym w przypadku:
    - 1) ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczenia spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu, ubezpieczenia Utraty pracy, ubezpieczenia assistance zawodowy – Ubezpieczonym jest wyłącznie Ubezpieczający,
    - 2) ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu, ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, ubezpieczenia assistance medyczny – Ubezpieczonym jest Ubezpieczający, a w wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina również Członkowie rodziny.
  29. **Ukąszenie przez kleszcza** – naruszenie tkanki skóry przez kleszcza.
  30. **Utrata pracy** – utrata jedyne go stałego źródła dochodów w konsekwencji ustania Stosunku pracy w wyniku: zakończenia Działalności gospodarczej lub ustania Stosunku pracy w wyniku wypowiedzenia go przez pracodawcę, chyba, że wypowiedzenie nastąpiło w przypadkach wskazanych w art. 52 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. 1974 nr 24 poz. 141 z późn. zm.) lub rozwiązania na mocy porozumienia stron, chyba, że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn wskazanych w art. 52 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. 1974 nr 24 poz. 141 z późn. zm.).
  31. **Wyczynowe uprawianie sportu** – regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, w tym w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, przy jednoczesnym pobieraniu wynagrodzenia z tego tytułu, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków.
  32. **Zakup towaru** – zakup towarów i usług dokonany w EURO-net Sp. z o.o.
  33. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – w zależności od wariantu ubezpieczenia stanowi:
    - 1) Śmierć Ubezpieczonego – w ubezpieczeniu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
    - 2) Nagłe zachorowanie – w ubezpieczeniu assistance medyczny w zakresie świadczenia: wizyta u lekarza specjalisty,
    - 3) Nieszczęśliwy wypadek – w ubezpieczeniu assistance medyczny w zakresie świadczeń: wizyta u lekarza specjalisty, refundacja leków, refundacja kosztów sprzętu rehabilitacyjnego, organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji
    - 4) Pobyt w Szpitalu – w ubezpieczeniu Pobytu w Szpitalu, ubezpieczeniu spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu,
    - 5) Czasowa niezdolność do pracy – w ubezpieczeniu Czasowej niezdolności do pracy,
    - 6) Ukąszenie przez kleszcza – w ubezpieczeniu Assistance medyczny w zakresie świadczeń: refundacja kosztów wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza, organizacja i pokrycie kosztów lub refundacja kosztów badania kleszcza, refundacja kosztów antybiotykoterapii,
    - 7) Utrata pracy – w ubezpieczeniu Utraty pracy, ubezpieczeniu assistance zawodowy,
- Artykuł 3.**  
**Zawarcie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia, Okres odpowiedzialności, składka ubezpieczeniowa**
1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów:
    - 1) Zdrowie,
    - 2) Zdrowie, Praca, Rodzina.
  2. Umowę ubezpieczenia może zawrzeć Konsument, który dokonał Zakupu towaru.
  3. W celu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający składa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu dokumentu ubezpieczenia.
  4. Prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia, opis świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia i tryb dochodzenia roszczeń w związku z zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem określone są w OWU.
  5. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzone jest dokumentem ubezpieczenia.
  6. Agent udostępnia Klientowi OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
  7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres udzielenia Kredytu.
- Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia oraz początek i koniec odpowiedzialności Ubezpieczyciela wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.
8. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry, za cały okres trwania umowy ubezpieczenia.
  9. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu ochrony ubezpieczeniowej ustalana jest przez Ubezpieczyciela z uwzględnieniem zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, w tym wariantu ochrony, składki minimalnej wynikającej z kosztów ponoszonych przez Ubezpieczyciela w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, okresu trwania tej umowy oraz wartości Kredytu. Wysokość składki ubezpieczeniowej wskazana jest na dokumencie ubezpieczenia.
  10. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za każdy niewykorzystany dzień okresu ubezpieczenia.
  11. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej należnej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
  12. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
    - 1) w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
    - 2) z końcem okresu, na jaki została zawarta, wskazanego w dokumencie ubezpieczenia,
    - 3) z chwilą śmierci Ubezpieczającego,
    - 4) z chwilą odstąpienia od Kredytu.
  13. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w okresie ubezpieczenia i ulega zmniejszeniu o kwotę wypłaconego świadczenia. W ramach sumy ubezpieczenia uwzględnia się limity na poszczególne świadczenia.
  14. W przypadku ubezpieczenia Utraty pracy i ubezpieczenia assistance zawodowy stosuje się okres karencji wynoszący 90 dni, liczony od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, co jest uwzględnione w wyliczonej składce ubezpieczeniowej.
- Artykuł 4.**  
**Warianty i zakres umowy ubezpieczenia**
1. Zakres ochrony w wariantcie Zdrowie obejmuje:
    - 1) śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
    - 2) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego, dla Ubezpieczonych niezatrudnionych na podstawie Stosunku pracy,
    - 3) Czasowa niezdolność do pracy dla Ubezpieczonych zatrudnionych na podstawie Stosunku pracy,
    - 4) assistance medyczny.
  2. Zakres ochrony w wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina obejmuje świadczenia przewidziane w wariantcie Zdrowie i dodatkowo:
    - 1) Utratę pracy oraz assistance zawodowy – w tym zakresie Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową, gdy w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i/lub w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego zatrudniony był na podstawie Stosunku pracy,
    - 2) Spłatę Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu – w tym zakresie Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową, gdy w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i/lub w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego osiągał dochody na podstawie innych źródeł niż Stosunek pracy,
    - 3) Pobyt w Szpitalu Członka rodziny – dla Ubezpieczonych, którzy w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego nie byli zatrudnieni na podstawie Stosunku pracy,
    - 4) Czasowa niezdolność do pracy Członka rodziny – dla Ubezpieczonych, którzy w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego byli zatrudnieni na podstawie Stosunku pracy,
    - 5) assistance medyczny Członka rodziny.
  3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego, assistance zawodowy Ubezpieczonego i spłaty Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, udzielanej w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, uzależniony jest od spełnienia przez Ubezpieczonego przesłanek określonych w ust. 2 pkt 1) albo pkt 2) powyżej w dacie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w odniesieniu do którego przysługuje dane świadczenie.

### Artykuł 5.

#### Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

- Przedmiotem ubezpieczenia jest śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
- W ubezpieczeniu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku sumę ubezpieczenia stanowi aktualnie na dzień śmierci Ubezpieczonego Saldo zadłużenia wynikające z Pierwotnego harmonogramu spłat.
- W ubezpieczeniu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku świadczenie jest wypłacane w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej stosownie do ust. 2.
- Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje w sytuacji zaistnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż w okresie 12 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wypłaca się uposażonemu, o którym mowa w ust. 8 poniżej.
- Wskazanie osoby uposażonego jest prawem Ubezpieczonego. Ubezpieczony dokonuje wskazania uposażonego poprzez przesłanie informacji o tym na piśmie na adres Ubezpieczyciela lub mailem na adres: euronet@axa-assistance.pl.
- W przypadku niewskazania uposażonego w sposób określony w ust. 8 uprawnionym do świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest, według następującej kolejności:
  - małżonek,
  - dzieci – w częściach równych,
  - rodzice – w częściach równych,
  - rodzeństwo – w częściach równych,
  - pozostałe osoby będące spadkobiercami Ubezpieczonego – w częściach równych, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu państwa.
- Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany lub odwołania uposażonego, w sposób określony w ust. 8 powyżej.

### Artykuł 6.

#### Ubezpieczenie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

- Przedmiotem ubezpieczenia jest Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie mogą otrzymać Ubezpieczeni niezatrudnieni na podstawie Stosunku pracy, którzy zobowiązani są udokumentować swój Pobyt w Szpitalu kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o leczeniu szpitalnym Ubezpieczonego, pozwalającą ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
- Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu przysługuje po upływie pięciu dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego.
- Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych trzydziestu dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego.
- Z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia.
- Miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu równe jest kwocie raty kapitałowo-odsetkowej Kredytu wskazanej w Pierwotnym harmonogramie spłaty.
- Świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu wypłaca się Ubezpieczonemu, o którym mowa w artykule 2 ust. 28 ppkt 2).
- W przypadku równoczesnego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczającego i Członka rodziny Ubezpieczającego w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego.

### Artykuł 7.

#### Ubezpieczenie spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu

- Przedmiotem ubezpieczenia jest spłata Rachunków przedstawionych przez Ubezpieczonego w razie Pobytu w Szpitalu.
- W ubezpieczeniu spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu wypłacane jest miesięczne świadczenie.
- Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu przysługuje po upływie pięciu dni Pobytu w Szpitalu.
- Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu przysługuje po upływie każdego kolejnego nieprzerwanego trzydziestodniowego okresu Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego.
- Pobyt w Szpitalu Ubezpieczony zobowiązany jest udokumentować kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o hospitalizacji Ubezpieczonego, pozwalającą ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
- Z ubezpieczenia spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia.
- Wysokość miesięcznego świadczenia równa jest sumie kwot Rachunków, których termin płatności przypada w miesiącach Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego, nie więcej jednak niż 300 PLN.
- Świadczenie z tytułu spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu, o którym mowa w artykule 2 pkt 28 ppkt 1).

### Artykuł 8.

#### Ubezpieczenie Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

- Przedmiotem ubezpieczenia jest Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie mogą otrzymać Ubezpieczeni czerpiący dochody ze Stosunku pracy, którzy przedstawiają odpowiednio zaświadczenie lekarskie o Czasowej niezdolności do pracy.
- Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy przysługuje po upływie siedmiu dni Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
- Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych trzydziestu dni Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
- Z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia.
- Świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy równe jest kwocie raty kapitałowo-odsetkowej Kredytu wskazanej w Pierwotnym harmonogramie spłaty.
- Świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy wypłaca się Ubezpieczonemu, o którym mowa w artykule 2 pkt 28 ppkt 2).
- W przypadku równoczesnej Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczającego i Członka rodziny Ubezpieczającego w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.

### Artykuł 9.

#### Ubezpieczenie assistance medyczny

- Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU.
- Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela kosztów świadczeń medycznych określonych w niniejszych OWU.
- Świadczenia medyczne realizowane są na wniosek Ubezpieczonego.
- W przypadku równoczesnego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczającego i Członka rodziny Ubezpieczającego w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku assistance medyczny przysługuje każdej z osób niezależnie.

### Artykuł 10.

#### Zakres świadczeń medycznych w ubezpieczeniu assistance medyczny

- W razie wystąpienia Nagłego zachorowania Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej:
  - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
  - świadczenie jest realizowane w placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem w terminie maksymalnie 5 dni roboczych,
  - w wariantcie Zdrowie Ubezpieczonemu przysługuje 1 wizyta w okresie ubezpieczenia, a w wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina wszystkim Ubezpieczonym przysługują łącznie 3 wizyty w okresie ubezpieczenia.
- W przypadku Nieszczęśliwego wypadku Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty następujących świadczeń:
  - wizyta kontrolna u lekarza specjalisty:
    - jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zaistniała konieczność wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty, Centrum Alarmowe Assistance – w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego – zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty wizyty Ubezpieczonego u właściwego lekarza specjalisty,
    - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
    - świadczenie jest realizowane w placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem w terminie maksymalnie 5 dni roboczych,
    - limit na wizytę u lekarza specjalisty w wariantcie Zdrowie wynosi 1 wizytę w okresie ubezpieczenia, a w wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina – 3 wizyty w okresie ubezpieczenia.
  - refundacja leków:
    - jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony otrzymał receptę na zakup leków od Lekarza prowadzącego, Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów zakupu leków do kwoty 500 PLN;
    - zwrot kosztów zakupu leków dotyczy tylko leków z recepty wypisanej przez Lekarza prowadzącego.
  - organizacja i pokrycie kosztów Sprzętu rehabilitacyjnego:
    - jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego,
    - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody.
  - organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji:
    - jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego wymaga rehabilitacji, Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:
      - wizyt fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego,
      - albo
      - wizyt Ubezpieczonego w najbliższym miejscu pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej,
    - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,

- c) świadczenie jest realizowane w placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego.
3. W razie Ukąszenia przez kleszcza, Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty następujących świadczeń:
- 1) refundacja kosztów wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza:
    - a) jeżeli Ubezpieczony zgłosi zdarzenie do Centrum Alarmowego Assistance, Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów wizyty lekarskiej do kwoty 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony,
    - b) świadczenie realizowane jest w placówce medycznej wybranej przez Ubezpieczonego po uprzednim zgłoszeniu zdarzenia do Centrum Alarmowego Assistance.
  - 2) organizacja i pokrycie kosztów lub refundacja kosztów badania kleszcza:
    - a) jeżeli w następstwie Ukąszenia przez kleszcza Ubezpieczony zgłosi zdarzenie do Centrum Alarmowego Assistance, Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty badania kleszcza pod kątem nosicielstwa patogenów do kwoty 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony,
    - b) świadczenie realizowane jest w placówce medycznej wybranej przez Ubezpieczyciela, po uprzednim zgłoszeniu zdarzenia do Centrum Alarmowego Assistance,
    - c) jeżeli w przypadku braku dostępności wybranej placówki współpracującej z Ubezpieczycielem nie będzie możliwa organizacja bezgotówkowego badania kleszcza, Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów badania poniesionych w dowolnej placówce, do kwoty 500 PLN.
  - 3) refundacja kosztów antybiotykoterapii:
    - a) jeżeli w następstwie Ukąszenia przez kleszcza Ubezpieczony zgłosi zdarzenie do Centrum Alarmowego Assistance, Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów zaleconej przez Lekarza prowadzącego antybiotykoterapii do kwoty 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony,
    - b) zwrot kosztów zakupu leków dotyczy tylko leków z recepty wypisanej przez Lekarza prowadzącego.

#### Artykuł 11. Ubezpieczenie Utraty pracy

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Utrata pracy przez Ubezpieczonego.
2. W ubezpieczeniu Utraty pracy wypłacane jest miesięczne świadczenie.
3. Z ubezpieczenia Utraty pracy Ubezpieczonemu, o którym mowa w artykule 2 pkt 28 ppkt 1) przysługują maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia.
4. Miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy równe jest kwocie raty kapitałowo odsetkowej Kredytu przypadającej do zapłaty po dniu Utraty pracy.
5. Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy w momencie uzyskania Statusu bezrobotnego, jeżeli Utrata pracy nastąpiła po upływie 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.
6. Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy przysługuje z zastrzeżeniem ust. 5 w miesiącu uzyskania statusu bezrobotnego przez Ubezpieczonego.
7. Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu Utraty pracy przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych nieprzerwanych okresów trzydziestu dni utrzymania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego liczonych od zakończenia miesiąca, w którym nastąpiła wypłata pierwszego świadczenia.
8. W razie Utraty pracy w przypadku zatrudnienia na czas określony ostatnie miesięczne świadczenie z tytułu Utraty pracy jest wypłacane w ciągu trzydziestu dni od dnia, w którym Stosunek pracy uległby roz-

wiązaniu, pod warunkiem, że Ubezpieczony nadal utrzymuje Status bezrobotnego.

9. Ubezpieczony traci prawo do miesięcznego świadczenia z tytułu Utraty pracy od dnia, w którym:
  - 1) został zatrudniony u nowego pracodawcy bądź przywrócony do pracy u poprzedniego pracodawcy,
  - 2) utracił Status bezrobotnego,
  - 3) uzyskał uprawnienia emerytalne lub rentowe z ubezpieczenia społecznego.

#### Artykuł 12. Ubezpieczenie assistance zawodowy

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela kosztów świadczeń określonych w ustępie 4 poniżej.
2. Świadczenia realizowane są na wniosek Ubezpieczonego.
3. Warunkiem realizacji świadczeń na rzecz Ubezpieczonego jest Utrata pracy przez Ubezpieczonego mająca miejsce po 90 dniach od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.
4. W razie wystąpienia Utraty pracy Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty następujących świadczeń:
  - 1) sprawdzenie przez doradcę zawodowego Curriculum Vitae Ubezpieczonego i przekazanie uwag podczas rozmowy telefonicznej:
    - a) Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
    - b) Przysługują 3 świadczenia sprawdzenia Curriculum Vitae na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe Utraty pracy.
  - 2) przygotowanie do rozmowy rekrutacyjnej podczas indywidualnego spotkania z doradcą zawodowym:
    - a) Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
    - b) długość spotkania nie może przekroczyć 2h.
  - 3) tłumaczenie na język angielski dostarczonego listu motywacyjnego, Curriculum Vitae, dokumentów referencyjnych:
    - a) Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
    - b) maksymalna objętość tłumaczonych dokumentów wynosi 8 stron.
  - 4) monitoring rynku pracy polegającego na przedstawieniu najbardziej efektywnych sposobów wyszukiwania ofert pracy oraz aktywnej pomocy w wyszukiwaniu ofert pracy i kursów doszkalających:
    - a) Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody.

#### Artykuł 13. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe:
  - 1) powstałe przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
  - 2) będące następstwem działań wojennych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
  - 3) powstałe na skutek znajdowania się Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli osoba ta wiedziała lub powinna wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało

to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,

- 4) powstałe na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów silnikowych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
- 5) powstałe na skutek chorób psychicznych Ubezpieczonego,
- 6) powstałe na skutek popełnienia lub próby popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
- 7) powstałe na skutek popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
- 8) powstałe na skutek uczestnictwa Ubezpieczonego, w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
- 9) powstałe na skutek umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
- 10) powstałe na skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
- 11) powstałe na skutek Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego,
- 12) powstałe na skutek uprawiania przez Ubezpieczonego Sportów wysokiego ryzyka,
- 13) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotów wojskowych lub prywatnych nieposiadających wymaganych przepisami prawa licencji i zezwoleń na przewóz pasażerów.
2. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia medyczne, które są skutkiem (pozostają w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym) Choroby przewlekłej lub Choroby zdiagnozowanej przed rozpoczęciem ochrony oraz ich powikłań i zaostreżeń.
3. Za Pobyt w Szpitalu Ubezpieczyciel nie uznaje pobytów związanych z:
  - 1) wykonaniem Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia powstałe w wyniku Nieszcześliwego wypadku;
  - 2) wykonaniem Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia assistance, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
  - 1) działania siły wyższej, przez którą rozumie się: trzęsienie lub osunięcie się ziemi, powódź, huragan, pożar, awaria urządzeń telekomunikacyjnych,
  - 2) czynników nadzwyczajnych i niezależnych od Ubezpieczyciela: strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenia w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki niezastosowania się Ubezpieczonego do decyzji lub zaleceń Lekarza prowadzącego, innego lekarza bądź samowolne podejmowanie przez Ubezpieczonego decyzji sprzecznych z zaleceniami Lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Alarmowego Assistance.
6. Dodatkowo z odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu Utraty pracy oraz w ubezpieczeniu assistance zawodowy wyłączone są następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
  - 1) gdy Utrata pracy nastąpi przed upływem 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia,
  - 2) gdy Ubezpieczony przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia otrzymał od pracodawcy informację o zamiarze rozwiązania umowy o pracę, wy-



- powiedzenia umowy lub zwolnienia w ramach zwolnień grupowych,
- 3) gdy ustanie Stosunku pracy w wyniku wypowiedzenia go przez pracodawcę lub rozwiązania go na mocy porozumienia stron nastąpiło wskutek:
    - a) dopuszczenia się przez pracownika ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych;
    - b) popełnienia przez pracownika w czasie trwania umowy o pracę przestępstwa, które umożliwia dalsze zatrudnianie go na zajmowanym stanowisku, jeżeli przestępstwo jest oczywiste lub zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem;
    - c) zawinionej przez pracownika utraty uprawnień koniecznych do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku,
    - d) wniosku pracownika.

#### Artykuł 14.

##### Terminy i zasady wypłaty świadczeń

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w złotych polskich (PLN) lub spełnia świadczenie niepieniężne w terminie trzydziestu dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Jeśli w terminie, o którym mowa w ust. 1 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsprawną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 1.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia.
5. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub wnioskujący o realizację świadczenia powinien niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym Assistance, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu +48 22 575 98 28. Opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora telekomunikacyjnego.
6. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ubezpieczeniach assistance medyczny i assistance zawodowy, Ubezpieczony zobowiązany jest:
  - 1) podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń, a w szczególności:
    - a) PESEL,
    - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
    - c) określić zdarzenie,
    - d) określić miejsce pobytu lub miejsce zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,
    - e) telefon kontaktowy,
    - f) rodzaj wymaganej pomocy.
  - 2) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Assistance, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe Assistance, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania. W zależności od rodzaju świadczenia będą to:
    - a) dla świadczeń wizyta kontrolna u lekarza specjalisty, refundacja leków, organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego, organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji: kopia zaświadczenia lekarskiego świadczącego o Czasowej niezdolności do pracy (minimum siedem następujących po sobie dni), a w przypadku Ubezpieczonych niezatrudnionych na podstawie Stosunku pracy karta informacyjna leczenia szpitalnego zawierająca informacje o leczeniu szpitalnym Ubezpieczonego trwającym minimum pięć dni, kopia recepty wystawionej przez Lekarza prowadzącego (w przypadku świadczenia refundacja leków),

- b) dla świadczeń refundacja kosztów wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza, organizacja i pokrycie kosztów lub refundacja badania kleszcza, refundacja kosztów antybiotykoterapii: dokumentacja medyczna potwierdzająca fakt wystąpienia ukąszenia przez kleszcza, dokumentacja medyczna potwierdzająca konieczność prowadzenia antybiotykoterapii oraz kopia recepty wystawionej przez Lekarza prowadzącego (w przypadku świadczenia refundacji kosztów antybiotykoterapii), rachunki z placówki medycznej (w przypadku świadczenia refundacja kosztów wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza i badaniem kleszcza),
  - c) dla świadczeń w zakresie assistance zawodowego: dokumenty potwierdzające Utratę pracy.
7. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregośkolwiek z obowiązków określonych w ustępie 6, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakres świadczeń, Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.
  8. W celu wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
    - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
    - 2) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kartę statystyczną zgonu Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego,
    - 3) kopię swojego dokumentu tożsamości,
    - 4) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
  9. W celu wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczeń: Pobytu w Szpitalu, spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu, wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
    - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
    - 2) kartę leczenia szpitalnego lub inną dokumentację wystawioną przez Szpital zawierającą informacje o hospitalizacji Ubezpieczonego i jej przyczynach,
    - 3) w przypadku ubezpieczenia spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu kopię rachunków wystawionych na Ubezpieczonego z terminem spłaty przypadającym w miesiącach Pobytu w Szpitalu,
    - 4) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, np. dane policji lub innych organów prowadzących postępowanie w sprawie wypadku.
  10. W celu wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
    - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
    - 2) kopię zaświadczenia lekarskiego o Czasowej niezdolności do pracy trwającej minimum 7 nieprzerwanie następujących po sobie dni,
    - 3) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
  15. W celu wypłaty pierwszego miesięcznego świadczenia z tytułu Utraty pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
    - 1) potwierdzenie uzyskania Statusu bezrobotnego, wydane przez właściwy urząd pracy,
    - 2) w razie rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę, wypowiedzenie umowy o pracę lub stosunku służbowego wraz z uzasadnieniem (o ile do wypowiedzenia takie uzasadnienie było sporządzone),
    - 3) świadectwa pracy od ostatniego pracodawcy,

- 4) w przypadku prowadzenia Działalności gospodarczej:
    - a) wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej, Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru prowadzonego przez właściwy organ administracji potwierdzający zakończenie działalności,
    - b) dokumentację potwierdzającą prowadzenie działalności gospodarczej np. dokument PIT za ostatnie 12 miesięcy lub
    - c) dokument PIT za rok poprzedni przed rokiem zawarcia umowy ubezpieczenia,
  - 5) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
16. W celu wypłaty kolejnych miesięcznych świadczeń z tytułu Utraty pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela potwierdzenie posiadania Statusu bezrobotnego w kolejnych miesiącach następujących po wypłacie pierwszego miesięcznego świadczenia, wydane przez właściwy urząd pracy.
  17. Odpowiednio do rodzaju Zdarzenia ubezpieczeniowego, na potrzeby procesu likwidacji szkód, osoba uprawniona może zostać zobowiązana do udostępnienia danych osobowych, w tym danych medycznych w zakresie niezbędnym do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Nieudzielenie informacji może powodować brak możliwości weryfikacji zasadności zgłoszenia i w efekcie odmowę uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

#### Artykuł 15.

##### Roszczenia regresowe

1. Z dniem wypłaty świadczenia (odszkodowania) przez Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego świadczenia (odszkodowania). Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń przed roszczeniami Ubezpieczyciela w stosunku do pozostałej części. Na Ubezpieczyciela nie przechodzą roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędnych informacji i dokumentów oraz umożliwić prowadzenie czynności niezbędnych do dochodzenia roszczeń regresowych.
3. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie (odszkodowanie), a Ubezpieczającemu nie przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej.
4. Jeżeli zrzeczenie lub ograniczenie, o którym mowa w ust. 3 niniejszego artykułu zostało ujawnione po wypłacie świadczenia (odszkodowania), Ubezpieczyciel może zażądać od Ubezpieczonego zwrotu części lub całości wypłaconego świadczenia (odszkodowania).
5. Zapisy, o których mowa w ust. 3, nie dotyczą Członków rodziny.

#### Artykuł 16.

##### Przetwarzanie danych osobowych

1. **Administrator danych:**  
Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie. Adres do korespondencji: ul. Giełdowa 1, 01-211 Warszawa  
Numer telefonu: + 48 22 529 84 44.
2. **Inspektor ochrony danych:**  
Administrator danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.  
Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: IODO, ul. Giełdowa 1, 01-211 Warszawa  
Adres email: iodo@axa-assistance.pl  
Formularz kontaktowy: www.axa-assistance.pl

**3. Cele przetwarzania danych:**

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach: ocena ryzyka ubezpieczeniowego w celu zawarcia umowy ubezpieczenia, wykonanie umowy ubezpieczenia, dochodzenie roszczeń, reasekuracja ryzyk, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym, rozpatrzenie zgłoszonych reklamacji i odwołań, prawnie uzasadnione interesy administratora danych.

**4. Podstawy prawne przetwarzania danych:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia; prawnie uzasadnione interesy administratora danych (możliwość ewentualnego dochodzenia roszczeń, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawarciem umowy ubezpieczenia); wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (np. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości).

**5. Kategorie przetwarzania danych:**

Pani/Pana dane osobowe, które będą mogły być przetwarzane w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia, to m.in.: podstawowe dane identyfikacyjne, dane kontaktowe oraz informacje dotyczące polisy.

**6. Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Ubezpieczyciela m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji prz należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych, podmiotom organizującym lub wykonującym czynności związane z oceną ryzyka lub prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym świadczeń ubezpieczeniowych, pośrednikom ubezpieczeniowym, zakładom reasekuracji, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych.

**7. Okres przez jaki dane osobowe będą przechowywane:**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do upływu okresu na składanie roszczeń na podstawie umowy ubezpieczenia lub do wygaśnięcia wynikających z obowiązującego prawa zobowiązania do przechowywania danych, szczególnie do przechowywania dokumentów księgowych i dokumentów dotyczących umów ubezpieczeniowych.

**8. Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:**

Ma Pani/Pan następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych: prawo do udostępnienia Pani/Pana danych osobowych, wprowadzenia do nich poprawek, usunięcia ich lub ograniczenia zakresu, w którym są przetwarzane i przekazywane. Może Pani/Pan w dowolnej chwili wycofać udzieloną zgodę na przetwarzanie danych w zakresie nią objętym, przy czym taka decyzja nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania danych dokonanego na podstawie udzielonej zgody przed jej wycofaniem. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej.

**9. Informacja o wymogu podania danych:**

Podanie danych osobowych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia jest konieczne do zawarcia umowy ubezpieczenia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia lub objęcie ochroną ubezpieczeniową.

**Artykuł 17.**

**Forma i sposób doręczania dokumentów**

1. Wszystkie zawiadomienia, oświadczenia i wnioski zmierzające do zmiany lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności i stają się skuteczne z chwilą ich doręczenia do adresata, z zastrzeżeniem artykułu 5 ust. 7 powyżej.
2. Powiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym kierowane do Centrum Alarmowego Assistance powinny być dokonane telefonicznie; zgodnie ze wskazówkami Centrum Alarmowego Assistance, w szczególności dotyczącymi przekazania wypełnionego i podpisa-

nego wniosku o wypłatę odszkodowania, roszczenia o świadczenie ubezpieczeniowe przyjmują także formę pisemną.

3. Korespondencja dotycząca dokumentacji związanej z ustalaniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela może być doręczana za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail Ubezpieczyciela lub osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe, jeśli wskazała ona taką możliwość, ewentualnie faksem na numer faksu Ubezpieczyciela lub osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.

4. Obowiązującym językiem w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.

**Artykuł 18.**

**Obowiązki Ubezpieczającego**

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania dokumentu ubezpieczenia Ubezpieczający powinien powiadomić Ubezpieczyciela o wszelkich niezgodnościach danych zawartych w dokumencie ubezpieczenia ze stanem faktycznym oraz podać prawidłowe dane. Po otrzymaniu prawidłowych danych Ubezpieczyciel dokona stosownych zmian, o czym zawiadomi Ubezpieczającego przesyłając na podany przez niego adres, a w razie podania adres e-mail, informację o dokonanych zmianach.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela zgodnie z prawdą informacje, o które został zapytany przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

**Artykuł 19.**

**Uprawnienie do odstąpienia od umowy ubezpieczenia**

1. Ubezpieczający, który zawarł umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie Ubezpieczającego zostało wysłane.
2. Odstąpienie od umowy Zakupu towaru jest równoznaczne z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie stanowi jednocześnie odstąpienia od umowy Zakupu towaru.
4. Odstąpienie od Kredytu jest równoznaczne z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.

**Artykuł 20.**

**Postępowanie reklamacyjne**

1. Niniejsze postępowanie reklamacyjne określa zasady zgłaszania i rozpatrywania Reklamacji zgłaszanych przez Klientów, dotyczących:
  - 1) usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, wynikających z niniejszych OWU, lub
  - 2) Agenta w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
2. Reklamacja może zostać złożona do Działu Jakości Ubezpieczyciela:
  - 1) w formie pisemnej:
    - a) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub w placówce Agenta;
    - b) przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela: Dział Jakości Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce, ul. Giełdowa 1; 01-211 Warszawa;
  - 2) drogą elektroniczną na adres e-mail: quality@axa-assistance.pl
3. Przesłane zgłoszenie powinno zawierać następujące dane:

- 1) imię i nazwisko osoby lub nazwa firmy zgłaszającej Reklamację,
- 2) pełen adres korespondencyjny lub
- 3) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź;
- 4) wskazanie umowy ubezpieczenia, której dotyczy Reklamacja;
- 5) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację;
- 6) oczekiwane działania;
- 7) w przypadku oczekiwania przesłania odpowiedzi drogą elektroniczną – żądanie w tym zakresie.

4. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, Ubezpieczyciel lub Agent poinformuje o tym, w celu dostarczenia przez Klienta wszelkich danych i informacji, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel lub Agent w zakresie w i w celu niezbędnym do rozpatrzenia Reklamacji. Ubezpieczyciel lub Agent udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.

5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel lub Agent:
  - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
  - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
  - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi

6. Odpowiedź Ubezpieczyciela lub Agenta zostanie przesłana na adres pocztowy wskazany w Reklamacji, chyba że Klient wnosil o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w Reklamacji.
7. Klient może wystąpić na drogę sądową. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

8. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
9. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z umową ubezpieczenia. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl/>.
10. Reklamacje w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową należy składać bezpośrednio Agentowi, który świadczył usługi w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Reklamacje rozpatrywane są bezpośrednio przez tego Agenta. W przypadku wpływu takiej Reklamacji do Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel przekazuje reklamację niezwłocznie Agentowi, informując o tym jednocześnie Klienta występującego z Reklamacją.

11. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem oraz Agentem jest język polski.

**Artykuł 21.**

**Postanowienia ogólne**

1. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a w przypadku dochodzenia roszczeń przez spadkobiercę Ubezpieczonego lub spadkobiercę uprawnionego z umowy ubezpieczenia przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze OWU, właściwym jest prawo polskie.
3. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone przez Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce Zarządzeniem nr 18/2022 z dnia 03.02.2022 r. i obowiązują od dnia 24.02.2022 r.



## INFORMACJE DOTYCZĄCE POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

Euro-net Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Muszkietierów 15, 02-273 Warszawa (dalej: EURO-net/agent), działa jako pośrednik ubezpieczeniowy w zakresie ubezpieczeń Raty pod ochroną i Pakiet Pomoc.

EURO-net jako agent ubezpieczeniowy działa na podstawie pełnomocnictwa na rzecz zakładów ubezpieczeń: Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce oraz Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A.

EURO-net jest wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego (dalej: KNF) pod numerem **11224879/A**. Aktualne dane z rejestru agentów ubezpieczeniowych oraz dane kontaktowe do KNF udostępniane są pod adresem: [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl). Wniosek w formie elektronicznej składany za pośrednictwem strony internetowej powinien zapewniać identyfikację podmiotu występującego z wnioskiem. W godzinach pracy urzędu obsługującego KNF wnioskodawcy mogą osobiście uzyskać dostęp do informacji na wydzielonym stanowisku komputerowym. Wpis do rejestru można sprawdzić także podając dane EURO-net na stronie internetowej KNF pod adresem: <https://rpu.knf.gov.pl/search/agent>.

EURO-net nie posiada akcji ani udziałów zakładów ubezpieczeń. Żaden zakład ubezpieczeń nie posiada udziałów EURO-net. W związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia EURO-net otrzymuje prowizję od zakładów ubezpieczeń, z którymi zostaje zawarta umowa ubezpieczenia za pośrednictwem EURO-net. Poza prowizją agentowi przysługuje budżet marketingowy na promocję oferowanych ubezpieczeń.

Reklamacje dotyczące działalności agenta można składać na adres EURO-net Sp. z o.o. Dział Ubezpieczeń PFS, ul. Krakowiaków 50, 02-255 Warszawa lub [ubezpieczenia@euro.com.pl](mailto:ubezpieczenia@euro.com.pl), jak również telefonując pod numer 855 855 855 bądź składając osobiście w placówkach – adresy dostępne na stronie [www.euro.com.pl](http://www.euro.com.pl). Spór między klientem a EURO-net może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a agentem jako podmiotem rynku finansowego, zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Istnieje również możliwość złożenia skargi na działalność agenta do właściwych organów, w tym Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.