

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Sodexo Benefits and Rewards Services Polska

Wprowadzenie

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia **Sodexo Benefits and Rewards Services**. Regulują one prawa i obowiązki **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego**, osoby ubiegającej się o świadczenie ubezpieczeniowe oraz **Towarzystwa**.

Towarzystwo zapewnia świadczenia ubezpieczeniowe wskazane w **Umowie Ubezpieczenia** na zasadach określonych w **OWU**.

1. Definicje

Pojęciom używanym w **Umowie ubezpieczenia** oraz we wszelkiej korespondencji związanej z tą umową nadano następujące znaczenia:

- 1.1 **Nieszczęśliwy wypadek** oznacza nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia **Ubezpieczonego** gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną **Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego**.
- 1.2 **OWU** oznacza niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, mające zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia**.
- 1.3 **Ubezpieczający** oznacza stronę **Umowy ubezpieczenia** – spółkę Sodexo Benefits and Rewards Services Polska Sp. z o.o., która zobowiązana jest m.in. do opłacania składek.
- 1.4 **Użytkownik Karty** oznacza osobę fizyczną, posiadacza **Karty**, poświadczającą swoim podpisem na rewersie Karty jej posiadanie.
- 1.5 **Karta** oznacza dystrybuowaną przez **Ubezpieczającego** przedpłaconą kartę Sodexo Benefits and Rewards Services, wydaną przez **Bank**.
- 1.6 **Ubezpieczony** oznacza **Użytkownika Karty**, objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie **Umowy Ubezpieczenia**.
- 1.7 **Umowa ubezpieczenia** oznacza umowę zawartą pomiędzy **Ubezpieczającym** a **Towarzystwem**, na podstawie której **Ubezpieczeni** objęci są ochroną ubezpieczeniową określoną w niniejszych **OWU**, zawierającą następujące informacje: firma i adres **Ubezpieczającego**, zakres ochrony ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia, składka ubezpieczeniowa oraz dane dotyczące sposobu i terminów jej płatności.
- 1.8 **Towarzystwo** oznacza ACE European Group Limited oddział w Polsce.

- 1.9 **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** oznacza zdarzenie, którego zajście, zgodnie z OWU, zobowiązuje **Towarzystwo** do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na warunkach określonych w OWU.
- 1.10 **Uszczerbek na zdrowiu** oznacza uszkodzenie ciała lub zmysłu Ubezpieczonego będące skutkiem **Nieszczęśliwego Wypadku**. Procentowy zakres **Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego** zostanie określony w oparciu o kryteria stosowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych przy ocenie procentowego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową. Zakresem ubezpieczenia objęte jest ryzyko powstania co najmniej 25% **Uszczerbku na zdrowiu**.
- 1.11 **Okres ważności Karty** oznacza wskazany na awersie Karty okres od daty jej wydania do ostatniego dnia ważności Karty.
- 1.12 **Bank** oznacza Bank BPH S.A, który jest wydawcą **Kart**.
- 1.13 **Agent ds. Roszczeń** – podmiot upoważniony przez **Towarzystwo** do występowania w jego imieniu w sprawie związanej z roszczeniami, wskazany przez Towarzystwo.

2. Jakie zdarzenia objęte są ubezpieczeniem?

- 2.1 Zakresem ubezpieczenia objęte jest ryzyko powstania **Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego** w wyniku **Nieszczęśliwego Wypadku**, o ile **Nieszczęśliwy Wypadek** nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a **Uszczerbek na Zdrowiu** wyniósł co najmniej 25%. Zakresem ubezpieczenia nie jest objęte ryzyko śmierci **Ubezpieczonego**.
- 2.2 Ochrona ubezpieczeniowa:
- 2.2.1 obowiązuje 24 godziny na dobę,
 - 2.2.2 dotyczy wszystkich **Zdarzeń Ubezpieczeniowych**, bez względu na ich związek z wykonywaniem pracy;
 - 2.2.3 obejmuje **Zdarzenia Ubezpieczeniowe** poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jedynie w okresie pierwszych 60 dni od jej rozpoczęcia.
- 2.3 Jako datę zajścia **Zdarzenia Ubezpieczeniowego** uznaje się dzień **Nieszczęśliwego Wypadku**.

3. Kiedy rozpoczyna się, a kiedy kończy ochrona ubezpieczeniowa i Umowa ubezpieczenia?

3.1 Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej.

3.1.1 Ochroną ubezpieczeniową na mocy **Umowy ubezpieczenia** mogą zostać objęci **Użytkownicy Karty**, którzy zamieszkują w Polsce.

3.1.2 Warunkiem objęcia **Użytkownika Karty** ochroną ubezpieczeniową jest wydanie mu przez **Ubezpieczającego Karty**. **Użytkownik Karty** ma prawo zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej informując o tym **Ubezpieczającego** telefonicznie pod nr 22 535 11 11, w terminie 14 dni od rozpoczęcia ochrony. W takim wypadku uznaje się, że ochrona nie była udzielana w ogóle, a pobrana składka podlega zwrotowi. W kolejnych okresach obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej **Użytkownik Karty** ma prawo wystąpienia z ubezpieczenia na 7 dni przed zakończeniem bieżącego okresu ochrony ze skutkiem na koniec tego okresu. Wystąpienie z ubezpieczenia wymaga telefonicznego powiadomienia **Ubezpieczającego** pod nr 22 535 11 11.

3.1.3 Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego **Ubezpieczonego** rozpoczyna się od dnia, w którym **Ubezpieczający** zlecił **Bankowi** pobranie z **Karty** kwoty składki.

3.2 Czas trwania **Umowy ubezpieczenia** i **Ochrony Ubezpieczeniowej**

3.2.1 **Umowa ubezpieczenia** zostaje zawarta z chwilą podpisania przez **Ubezpieczającego** i **Towarzystwo Umowy Ubezpieczenia**.

3.2.2 Okres obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego **Ubezpieczonego** wynosi 30 dni, licząc od dnia, o którym mowa w pkt 3.1.3.

3.2.3 Po upływie okresu wskazanego w pkt 3.2.2 ochrona jest automatycznie przedłużana na kolejne trzydziestodniowe okresy, o ile **Ubezpieczony** nie złoży pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia w trybie, o którym mowa w pkt 3.1.2.

3.2.4 Odpowiedzialność **Towarzystwa** w stosunku do **Ubezpieczonego** kończy się w razie zajścia jednego z następujących zdarzeń:

- (a) z chwilą śmierci **Ubezpieczonego**,
- (b) najpóźniej 30 dni po dniu, w którym pobrano z **Karty** kwotę składki, przypadającym bezpośrednio przed datą upływu **Okresu ważności Karty**,

- (c) najpóźniej 30 dni po dniu, w którym pobrano z **Karty** kwotę składki, przypadającym bezpośrednio przed datą nabycia przez **Użytkownika Karty** prawa do świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczeń społecznych - z jakiegokolwiek tytułu i w jakimkolwiek wymiarze,
- (d) po upływie okresu ochrony ubezpieczeniowej, który nie został przedłużony w trybie wskazanym w pkt 3.2.3
- (e) w przypadkach wskazanych w pkt 4.2.3

3.2.5 Ustanie odpowiedzialności zgodnie z pkt 3.2.4 powyżej nie powoduje utraty prawa do świadczeń nabytego przed dniem ustania odpowiedzialności.

3.3 Odstąpienie od **Umowy ubezpieczenia** przez **Ubezpieczającego**.

Ubezpieczający ma prawo odstąpić od **Umowy ubezpieczenia** bez podania przyczyny, na piśmie (np. poprzez list albo fax), w ciągu 7 dni, licząc od dnia zawarcia **Umowy Ubezpieczenia**. Odstąpienie od **Umowy ubezpieczenia** nie zwalnia **Ubezpieczającego** z obowiązku zapłaty składki za okres w jakim **Towarzystwo** udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

4. Zasady opłacania składek ubezpieczeniowych

4.1 Pobieranie składki ubezpieczeniowej

- 4.1.1 Składka z tytułu **Umowy ubezpieczenia** przekazywana jest przez **Ubezpieczającego Towarzystwu** w terminach wskazanych w **Umowie ubezpieczenia** po pobraniu jej kwoty ze środków dostępnych w ramach **Kart** wydanych **Ubezpieczonym**.
- 4.1.2 Składka z tytułu ubezpieczenia w danym miesiącu pobierana jest ze środków dostępnych w ramach **Karty** nie później niż w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu rozpoczęcia danego okresu ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z pkt 3.1.3.
- 4.1.3 Brak środków umożliwiających pobranie składki w sposób opisany w pkt 4.1.2 powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego **Ubezpieczonego** w danym miesiącu. Ochrona zostaje wznowiona w momencie, w którym możliwe stało się pobranie składki w sposób opisany w pkt 4.1.2.
- 4.1.4 Wraz ze składką z tytułu **Umowy Ubezpieczenia** dotyczącą wszystkich **Ubezpieczonych** w danym miesiącu, **Ubezpieczający** przekazuje

Towarzystwu dane pozwalające na określenie, ilu **Ubezpieczonych** objętych jest ochroną ubezpieczeniową w okresie, za który opłacana jest dana składka oraz na identyfikację **Ubezpieczonego** w razie zgłoszenia roszczenia z tytułu ubezpieczenia (numer **Karty**).

4.2 Skutki zapłaty składki z opóźnieniem.

4.2.1 Wypowiedzenie **Umowy ubezpieczenia** ze skutkiem natychmiastowym.

Towarzystwo jest uprawnione do wypowiedzenia **Umowy ubezpieczenia** bez zachowania terminu wypowiedzenia, jeżeli zapewnia ochronę ubezpieczeniową zanim otrzyma składkę lub jej pierwszą ratę, a składka lub pierwsza rata nie zostały zapłacone w terminie.

4.2.2 Opóźnienie w zapłacie składki ubezpieczeniowej.

Jeżeli dowolna składka ubezpieczeniowa nie zostanie opłacona terminowo, **Towarzystwo** wezwie **Ubezpieczającego** do zapłaty, wyznaczając mu dodatkowy termin na zapłatę, wynoszący co najmniej 7 dni pod rygorem, że brak zapłaty spowoduje ustanie jego odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia.

Towarzystwo ma prawo dochodzić odsetek ustawowych od zaległych płatności oraz wyrównania szkody powstałej w wyniku opóźnienia w zapłacie dowolnej składki ubezpieczeniowej.

Opóźnienie w zapłacie składek nie będzie uznawane za wypowiedzenie **Umowy ubezpieczenia** przez **Ubezpieczającego**.

4.2.3 Brak ochrony ubezpieczeniowej.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa po upływie dodatkowego terminu płatności wskazanego w pkt 4.2.2, jeżeli **Ubezpieczający** nie zapłacił w tym terminie należnej składki ubezpieczeniowej

4.3 Składka ubezpieczeniowa przy wcześniejszym zakończeniu **Umowy ubezpieczenia**.

W przypadku zakończenia **Umowy ubezpieczenia** przed upływem okresu, za który została opłacona ostatnia składka, **Towarzystwo** będzie uprawnione jedynie do części składki ubezpieczeniowej, proporcjonalnie do czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie postanowiono inaczej.

5. Jakie świadczenia oferowane są przez Towarzystwo?

5.1 Z tytułu **Uszczerbku na zdrowiu** Towarzystwo wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości:

5.1.1 10 000 złotych, w przypadku **Uszczerbku na zdrowiu** równego lub wyższego niż 25%;

5.1.2 15 000 złotych, w przypadku **Uszczerbku na zdrowiu** równego lub wyższego niż 50%;

5.2 Określenie procentowego stopnia **Uszczerbku na zdrowiu** nastąpi po zakończeniu leczenia będącego skutkiem **Nieszczęśliwego Wypadku** w oparciu o kryteria stosowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych przy ocenie procentowego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

6. Jakie są ograniczenia w wypłacaniu świadczeń?

6.1 **Towarzystwo** nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia w przypadku, gdy **Nieszczęśliwy Wypadek**, w wyniku którego doszło do **Zdarzenia Ubezpieczeniowego**, nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

6.1.1 zdarzeń związanych z działaniami wojennymi lub wojną wypowiedzianą lub niewypowiedzianą, inwazją, wojną domową, powstaniem, rewolucją, stanem wojennym;

6.1.2 popełnienia lub usiłowania popełnienia przez **Ubezpieczonego** czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo;

6.1.3 zdarzenia związanego ze skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, a także działania gazu, trucizny, gazów spalinowych, umyślnie przyjętych, wdychanych lub wchłanianych;

6.1.4 działania **Ubezpieczonego** pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych, samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę **Ubezpieczonego**, a także pozostawiania **Ubezpieczonego** świadomie i w sposób zamierzony pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na polecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;

6.1.5 próby samobójczej **Ubezpieczonego**;

- 6.1.6 infekcji, za wyjątkiem infekcji pochodzących z ran odniesionych w wyniku **Nieszczęśliwego Wypadku**;
 - 6.1.7 powikłań leczenia zachowawczego i zabiegowego jakiegokolwiek choroby, a także błędów postępowania lekarskiego;
 - 6.1.8 choroby zawodowej;
 - 6.1.9 poddania się przez **Ubezpieczonego** zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 6.1.10 zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanych z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS;
 - 6.1.11 prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez posiadania uprawnień do kierowania, używania danego pojazdu bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu, a także lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu, za wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich linii lotniczych, odbywanego na ustalonej trasie i według ustalonego rozkładu;
 - 6.1.12 jazdy pojazdem lądowym, morskim lub powietrznym jako uczestnik podczas krajowych lub międzynarodowych zawodów, imprez sportowych lub podczas przygotowań do takich zawodów lub imprez, udziału **Ubezpieczonego** w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, takich jak: spadochroniarstwo, lotniarstwo, baloniarstwo, akrobatyka, kaskaderstwo, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, szybownictwo, nurkowanie, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie, wyścigi samochodowe, motocyklowe i gokartów, speleologia, jazda konna;
 - 6.1.13 okoliczności zaistniałych przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności ACE, w odniesieniu do danego **Ubezpieczonego**,
 - 6.1.14 pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby wojskowej w siłach zbrojnych jakiegokolwiek kraju lub organizacji międzynarodowej.
- 6.2 **Towarzystwo** nie ponosi również odpowiedzialności, jeżeli **Nieszczęśliwy Wypadek**, w następstwie, którego doszło do **Zdarzenia Ubezpieczeniowego** miał miejsce przed datą objęcia **Ubezpieczonego** ochroną ubezpieczeniową.
- 6.3 Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności, jeżeli **Uszczerbek na zdrowiu** jest spowodowany bezpośrednio bądź pośrednio wskutek chorób rozpoznanych lub leczonych w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony

ubezpieczeniowej, jeśli **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** wystąpiło w okresie pierwszych 6 miesięcy po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

6.4 Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli procentowy zakres **Uszczerbku na zdrowiu** wynikającego z **Nieszczęśliwego Wypadku** jest mniejszy niż 25%.

7. **Jakie są obowiązki Ubezpieczonego i Towarzystwa w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego?**

7.1 **Ubezpieczony** ma obowiązek zawiadomić **Towarzystwo** o **Zdarzeniu Ubezpieczeniowym** w terminie 14 dni od jego zajścia. Jeżeli **Ubezpieczony** nie jest w stanie dokonać zawiadomienia w wyżej wymienionym terminie z przyczyn od siebie niezależnych, jego bieg rozpoczyna się od ustania przyczyny niemożności zawiadomienia.

7.2 **Ubezpieczony** jest zobowiązany wypełnić, zgodnie ze stanem faktycznym, wniosek o wypłatę świadczenia udostępniony mu przez **Ubezpieczającego** lub **Agentą ds. Roszczeń** i niezwłocznie odesłać go do **Agentą ds. Roszczeń**. Podobnie powinny być przekazane **Agentowi ds. Roszczeń**, inne, wymagane przez **Towarzystwo** informacje, służące wyjaśnianiu okoliczności zajścia **Zdarzenia ubezpieczeniowego** lub zakresu odpowiedzialności **Towarzystwa**.

7.3 Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć następujące dokumenty:

7.3.1 formularz „ZUS ZLA” wypełniony przez uprawnionego lekarza – o ile został sporządzony oraz dokumentację medyczną potwierdzającą okoliczności i skutki **Nieszczęśliwego Wypadku**, będącego przyczyną powstania **Uszczerbku na zdrowiu**;

7.3.2 protokół policji lub protokół BHP wyjaśniające okoliczności zajścia **Nieszczęśliwego Wypadku** – o ile został sporządzony;

7.3.3 kserokopię dokumentu tożsamości z widocznym podpisem;

7.3.4 kserokopię rewersu **Karty**;

7.4 **Towarzystwo** uprawnione jest do ustalania okoliczności utraty zdrowia **Ubezpieczonego**, w związku z którą ma nastąpić wypłata świadczenia, a także do żądania przedstawienia dodatkowych niezbędnych dokumentów uzasadniających jego wypłatę, ewentualnie powołać, na koszt własny, komisję lekarską w celu stwierdzenia stopnia **Uszczerbku na zdrowiu**. Uprawnienia te przysługują **Towarzystwu** również po wypłacie świadczenia.

- 7.5 **Ubezpieczony** jest zobowiązany poddać się badaniu przez wskazanego przez **Towarzystwo** lekarza, jeżeli **Towarzystwo** uzna przeprowadzenie takiego badania za konieczne. Niezbędne koszty związane z tym badaniem zostaną pokryte przez **Towarzystwo**.
- 7.6 Lekarze, którzy leczyli lub badali **Ubezpieczonego** przed zajściem **Zdarzenia ubezpieczeniowego**, zakłady opieki zdrowotnej oraz inne instytucje udzielające świadczeń zdrowotnych, z usług których korzystał Ubezpieczony, jak również inni ubezpieczyciele, instytucje ubezpieczeniowe lub urzędy, powinny zostać upoważnione do udzielania **Towarzystwu** wszystkich informacji, niezbędnych do prawidłowej oceny okoliczności **Zdarzenia ubezpieczeniowego**. W tym celu **Ubezpieczony** powinien podpisać stosowne oświadczenie umieszczone we wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w pkt 7.2.
- 7.7 **Towarzystwo** powinno zostać upoważnione do przeprowadzenia autopsji. Autopsja, o ile nastąpi, zostanie przeprowadzona przez lekarza wskazanego przez **Towarzystwo**.
- 7.8 Dokumenty potwierdzające zakończenie leczenia **Ubezpieczonego**, będącego skutkiem **Zdarzenia Ubezpieczeniowego**, powinny być dostarczone **Towarzystwu** nie później niż w ciągu roku od dnia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli leczenie **Ubezpieczonego** nie zakończy się w ciągu roku od dnia **Zdarzenia ubezpieczeniowego**, **Ubezpieczony** ma obowiązek dostarczania **Towarzystwu** dokumentacji medycznej zgromadzonej do tego momentu, a następnie na bieżąco – wszelkiej dokumentacji otrzymanej w trakcie leczenia.

8. Jakie mogą być skutki nieprzestrzegania powyższych obowiązków?

Jeżeli po wystąpieniu **Zdarzenia ubezpieczeniowego** nie zostanie dopełniony co najmniej jeden z obowiązków **Ubezpieczonego**, o których mowa w punkcie 7 powyżej lub też inny wynikający z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, wówczas **Towarzystwo** może odmówić wypłaty świadczenia albo je zmniejszyć, chyba że naruszenie obowiązku nie nastąpiło ani w sposób umyślny ani wskutek rażącego niedbalstwa lub gdy naruszenie obowiązku nie miało wpływu na zakres odpowiedzialności **Towarzystwa** lub wysokości należnych świadczeń.

9. Zasady wypłaty świadczeń

- 9.1 **Towarzystwo** jest zobowiązane do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia, chyba że nie może w tym terminie ustalić okoliczności koniecznych do ustalenia swojej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, do którego wypłaty jest zobowiązane. W przypadku niemożności ustalenia wysokości świadczenia, **Towarzystwo** jest zobowiązane do wypłaty bezspornej kwoty

w wyżej wymienionym terminie 30 dni, a pozostałej kwoty świadczenia w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności ustalenie wysokości świadczenia stanie się możliwe.

- 9.2 Jeżeli **Towarzystwo** nie może wypłacić świadczenia w ciągu wyżej wymienionych terminów, powinno powiadomić o tym **Ubezpieczonego**.
- 9.3 Jeżeli wniosek o wypłatę świadczenia zostanie przez **Towarzystwo** wstępnie zaakceptowany przed zakończeniem leczenia **Ubezpieczonego**, jedynie w oparciu o informacje wskazane w tym wniosku, wówczas **Towarzystwo**, na życzenie **Ubezpieczonego**, wypłaci zaliczkę na poczet przyszłego świadczenia w wysokości przez siebie ustalonej.
- 9.4 Jeżeli dokumentacja medyczna dotycząca leczenia **Ubezpieczonego** nie zostanie dostarczona **Towarzystwu** zgodnie z pkt 7.8 albo też na podstawie jej analizy **Towarzystwo** uzna, że świadczenie nie jest należne, wówczas **Ubezpieczony** będzie zobowiązany do zwrotu otrzymanych zaliczek w terminie 14 dni od otrzymania pisemnego wezwania.

10. Kiedy przedawniają się roszczenia z Umowy ubezpieczenia?

- 10.1 Roszczenia z **Umowy ubezpieczenia** przedawniają się z upływem trzech lat.
- 10.2 Okres przedawnienia ulega przerwaniu z dniem wystąpienia z wnioskiem o wypłatę świadczenia.

11. Jaki sąd jest właściwy do rozstrzygnięcia sporów?

- 11.1 Sądem właściwym dla wnoszenia powództw o roszczenia z **Umowy ubezpieczenia** jest sąd w Warszawie lub też sąd właściwy dla siedziby **Ubezpieczającego**, miejsca zamieszkania **Ubezpieczonego** lub innej osoby uprawnionej do świadczenia.

12. Zasady wymiany korespondencji

- 12.1 Wszystkie zgłoszenia i oświadczenia kierowane do **Towarzystwa** lub **Agentu ds. Roszczeń** muszą być przekazywane w formie pisemnej (np. listownie, faksem, e-mailem w postaci elektronicznej).
- 14.2 Jeżeli **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** nie poinformował **Towarzystwa** o zmianie adresu korespondencyjnego, przyjmuje się, że **Towarzystwo** dopełniło obowiązku

powiadomienia **Ubezpieczającego**, jeżeli korespondencję wysłano listem poleconym na ostatni znany adres **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego**. Złożone w ten sposób oświadczenie nabiera skutków prawnych z chwilą, w której byłoby doręczone przez pocztę w normalnym trybie doręczeń, gdyby **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** nie zmienił adresu.

13. **Prawo właściwe dla Umowy ubezpieczenia**

Dla umowy ubezpieczenia obowiązuje prawo polskie.

14. **Do kogo należy kierować skargi?**

14.1 **Towarzystwo:**

ACE European Group Ltd. Oddział w Polsce
ul. Chmielna 85/87
00-805 Warszawa
tel.: +48 22 581 07 60
fax: +48 22 581 11 33

14.2 **Urząd nadzoru:**

Urzędem nadzoru jest:

Komisja Nadzoru Finansowego
Pl. Powstańców Warszawy 1
00-950 Warszawa
tel.: +48 22 33 26 600
fax: +48 22 33 26 602
www.knf.gov.pl.

14.3 **Rzecznik Ubezpieczonych:**

Jeśli **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** nie zgodzi się z jakąkolwiek decyzją **Towarzystwa**, to może zwrócić się do Rzecznika Ubezpieczonych po poradę. Rzecznik jest bezstronnym organem, którego obowiązkiem jest udzielanie porad konsumentom w sprawach ubezpieczeniowych.

Dane kontaktowe Rzecznika Ubezpieczonych:

Biuro Rzecznika Ubezpieczonych Al. Jerozolimskie 44
00-024 Warszawa
tel. (22) 333-73-26, 333-73-27, 333-73-28
fax (22) 333-73-29

15. Zasady ochrony danych osobowych

15.1 Uwagi wstępne.

Przetwarzanie danych osobowych przekazanych **Towarzystwu** przez **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** jest uregulowane przez ustawę o ochronie danych osobowych. Zgodnie z tą ustawą przetwarzanie i wykorzystywanie danych jest dopuszczalne, gdy ustawa ta lub inne przepisy prawa na to zezwalają lub, gdy osoba zainteresowana wyraziła na to zgodę.

W świetle ustawy o ochronie danych osobowych osobom, których dane **Towarzystwo** przetwarza, przysługuje prawo dostępu do treści tych danych oraz ich poprawiania. Osoby te mogą również wnieść sprzeciw wobec przetwarzania ich danych w celach marketingowych **Towarzystwa** lub wobec przekazywania tych danych innym podmiotom.

15.2 Oświadczenie o zwolnieniu z obowiązku zachowania tajemnicy.

Przy przekazywaniu danych, które, np. w przypadku lekarzy, podlegają tajemnicy zawodowej, wymagana jest również specjalna zgoda osoby, której dane dotyczą (zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy). Dlatego też w zgłoszeniu szkody jest również zawarta klauzula o zwolnieniu z obowiązku zachowania tajemnicy, którą **Ubezpieczony** zobowiązany jest podpisać.

Warszawa dn. 04.01.2010