

# Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Medical Assistance” Ubezpieczenie Europ Assistance

**Skorowidz** najważniejszych informacji do Warunków Ubezpieczenia „**Medical Assistance**”, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń

| Rodzaj informacji   | Numer zapisu z OWU |
|---|--------------------|
| 1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia/odszkodowania  | §3 i §5            |
| 2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia  | §7 i §8            |
| 3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia  | §6                 |
| 4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania  | §4                 |
| 5. Wysokość wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego | Nie dotyczy        |
| 6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.                       | Nie dotyczy        |

**WARUNKI UBEZPIECZENIA MEDICAL ASSISTANCE****POSTANOWIENIA OGÓLNE****§ 1**

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia znajdują zastosowanie do Umowy ubezpieczenia grupowego assistance na rzecz klientów Santander Leasing S.A. zawartej przez Europ Assistance S.A., zwanym dalej „Ubezpieczycielem”, z Santander Leasing S.A. zwanymi dalej „Ubezpieczającym”.

**DEFINICJE****§ 2**

Przez użyte w niniejszych warunkach ubezpieczenia pojęcia należy rozumieć:

1. **Centrum Alarmowe** – Europ Assistance Polska Sp z o.o., z siedzibą w Warszawie, ul Wołoska 5, zajmująca się realizacją praw i obowiązków Ubezpieczyciela z tytułu zawartych umów ubezpieczenia, a w tym realizacją świadczeń assistance określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia
2. **Członkowie rodziny** – osoby bliskie, prowadzące z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe;
3. **Karta Klienta** – dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
4. **Miejsce zamieszkania** – zgłoszone Ubezpieczycielowi miejsce zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium RP,
5. **Lekarz** – osoba posiadająca wymagane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, uprawniona do udzielania świadczeń medycznych, niebędąca Członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego,
6. **Nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, którego objawy wystąpiły nie wcześniej niż w ciągu 12 godzin przed zgłoszeniem do Centrum Alarmowego oraz utrzymują się nadal w momencie zgłoszenia, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej i uniemożliwiający Ubezpieczonemu udanie się samodzielnie lub w asyście Członków rodziny do dyżurnej placówki medycznej w dniu zachorowania lub do rejonowej placówki medycznej w dniu następnym,
7. **Nieszczęśliwy wypadek** – Nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
8. **Rok ubezpieczeniowy** – każdy 12 miesięczny okres liczony od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego lub rocznicy jej rozpoczęcia,
9. **Ubezpieczający** – Santander Leasing S.A.,
10. **Ubezpieczony** – wskazana przez Ubezpieczającego osoba fizyczna, będąca Korzystającym w ramach umowy leasingu, pożyczki, dzierżawy lub innej o podobnym charakterze na maszyny rolnicze, zawartej z Ubezpieczającym oraz wspólnie zamieszkujący z Ubezpieczonym Członkowie jego rodziny, łącznie nie więcej, niż 5 osób,
11. **Ubezpieczyciel** – Europ Assistance S.A., spółka akcyjna prawa francuskiego, o kapitale zakładowym w wysokości 35.402.785 Euro, działająca w oparciu o przepisy francuskiego Kodeksu ubezpieczeń, z siedzibą w Gennevilliers, 1, promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers, Francja, zarejestrowana w Rejestrze Handlowym i Spółek w Nanterre pod nr 451 366 405.

**PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA****§ 3**

1. Przedmiotem ubezpieczenia są świadczone całodobowo na rzecz Ubezpieczonego usługi w zakresie assistance medycznego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej z zastrzeżeniem postanowień § 6.
2. Usługi wymienione w ust. 1, na zlecenie Ubezpieczyciela, zapewnia Centrum Alarmowe, której Ubezpieczony (lub w jego imieniu inna osoba) zobowiązany jest zgłosić zaistniałe zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za świadczenie usług assistance polega na zorganizowaniu i pokryciu (w wysokości określonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia limitów dla poszczególnych świadczeń) kosztów usług, które zostały wymienione w niniejszych warunkach ubezpieczenia.

## SKŁADKA §4

1. Wysokość, zasady określania oraz tryb i terminy płatności składki ubezpieczeniowej każdorazowo określone są w Umowie ubezpieczenia.
2. Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.

## ZAKRES UBEZPIECZENIA § 5

W przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia Ubezpieczonego powstałego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania w Miejscu zamieszkania oraz w podróży w promieniu do 50 km od Miejsc zamieszkania, Centrum Alarmowe, z zastrzeżeniem postanowień § 6 i 8, organizuje:

1. **Wizytę Lekarza** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty Lekarza rodzinnego lub Lekarza internisty wyposażonego w podstawowy sprzęt do przeprowadzenia badania Lekarskiego (stetoskop, ciśnieniomierz, szpatułki).
2. **Transport medyczny** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego z Miejsc zamieszkania Ubezpieczonego do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia pomocy.
3. **Wizytę u Lekarza specjalisty** – jeżeli Lekarz wysłany przez Centrum Alarmowe zaleci wizytę u Lekarza specjalisty, Centrum Alarmowe zorganizuje wizytę w terminie wskazanym przez Ubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi Ubezpieczony.
4. **Usługi rehabilitacyjne** – w przypadku zalecenia przez Lekarza prowadzącego stosowania zabiegów rehabilitacyjnych w celu przywrócenia pełnej sprawności lub poprawy sprawności Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty pracy rehabilitanta do wysokości ustalonego limitu. Ewentualny koszt zabiegów z użyciem specjalistycznych urządzeń (np. krioterapia, diatermia, elektroterapia, hydroterapia, laseroterapia, magnetoterapia) nie wchodzi w zakres ubezpieczenia.

## INFOLINIA MEDYCZNA

Centrum Alarmowe zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z Lekarzem dyżurnym Centrum Alarmowego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez Lekarza Centrum Alarmowego nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto Centrum Alarmowe udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje:

1. Baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
2. Baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
3. Baza danych placówek medycznych (Lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni Lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarzy uprawnionych,
4. Baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
5. Baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
6. Baza danych placówek opieki społecznej,
7. Baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
8. Działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, na przykład niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
9. Informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
10. Informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
11. Informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
12. Informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach,
13. Informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia lub samotnych matek,
14. Informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
15. Informacja o ciąży,
16. Informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt,

17. Informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
18. Instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych,
19. Profikatyka zachorowań na gripę,

Informacje, o których mowa powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza i Centrum Alarmowego.

## **WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI**

### **§ 6**

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia, które powstały w związku z:
  - 1) zamieszkami, rozruchami, aktami terroru, wojną domową lub międzynarodową, strajkami,
  - 2) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jeżeli miało to wpływ na zdarzenie,
  - 3) samobójstwem lub próbą samobójstwa,
  - 4) uczestnictwem Ubezpieczonego w bójce z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
  - 5) umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem Ubezpieczonego lub osoby wspólnie zamieszkałej i prowadzącej gospodarstwo domowe z Ubezpieczonym oraz osoby, za które Ubezpieczony faktycznie oraz z mocy przepisów prawa, zwyczajów ponosi odpowiedzialność,
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub hospitalizacji jest związana z:
  - 1) nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem dziecka poniżej 12 miesiąca życia
  - 2) chorobami chronicznymi Ubezpieczonego,
  - 3) rekonwalescencją Ubezpieczonego lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone,
  - 4) nagłym pogorszeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej.
3. Centrum Alarmowe nie zorganizuje wizyty Lekarza w następujących sytuacjach:
  - 1) w przypadku gdy stan chorego stanowi bezpośrednio zagrożenie jego życia lub zdrowia, wymaga natychmiastowej pomocy Lekarskiej i konieczne jest wezwanie pogotowia ratunkowego. Centrum Alarmowe nie ponosi odpowiedzialności za niezasadne odstępianie od zgłoszenia stanu zdrowia zagrażającego życiu do pogotowia ratunkowego,
  - 2) w przypadku zaostrzenia, następstw lub nowych objawów chorób, na które uprawniony wcześniej chorował,
  - 3) gdy porada Lekarza medycyny, Lekarza rodzinnego lub Lekarza internisty w domu pacjenta nie będzie wystarczająca do postawienia rozpoznania i rozpoczęcia leczenia – w szczególności gdy okoliczności zachorowania wskazują że konieczna będzie interwencja Lekarza specjalisty (np.: pediatry, neurologa, kardiologa, chirurga, laryngologa, ginekologa, okulisty, dermatologa), wykonania diagnostyki z użyciem sprzętu medycznego dostępnego w placówkach medycznych lub przeprowadzenia zabiegu medycznego.

## **POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI**

### **§ 7**

1. Okres ubezpieczenia w stosunku do jednego Ubezpieczonego trwa 12 miesięcy lub wielokrotność tego okresu, jednakże nie dłużej niż 60 miesięcy i jest oznaczony na Karcie Klienta.
2. W stosunku do każdego Ubezpieczonego odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem:
  - 1) wskazanym na Karcie Klienta,
  - 2) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia grupowego z zastrzeżeniem ust. 3,
  - 3) w dniu rozwiązania umowy zawartej z Ubezpieczającym, na podstawie której Ubezpieczonemu wydana została Karta Klienta.
3. Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową do zakończenia okresu, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa

## LIMITY ŚWIADCZEŃ § 8

1. Koszty świadczeń pokrywane są do wysokości niżej określonych limitów.

| Zdarzenie ubezpieczeniowe   | Rodzaj świadczenia  | Limit na zdarzenie |
|---|---|--------------------|
| Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku | <b>Wizyta Lekarza</b><br>(2 razy w roku ubezpieczeniowym)     | 500 PLN            |
|   | <b>Transport medyczny</b><br>(2 razy w roku ubezpieczeniowym) | 750 PLN            |
|   | <b>Organizacja wizyty u Lekarza specjalisty</b>               | +                  |
|   | <b>Usługi rehabilitacyjne</b>                                 | 500 PLN            |

## TRYB POSTĘPOWANIA W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA OBJĘTEGO UBEZPIECZENIEM § 9

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem assistance, Ubezpieczony powinien niezwłocznie (przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie) skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu: **+ 48 22 205 51 74**, czynnym całą dobę, dostępnym z telefonów komórkowych i stacjonarnych w kraju i za granicą oraz podać następujące informacje:
  - a) Numer Karty Klienta,
  - b) imię i nazwisko,
  - c) adres zamieszkania Ubezpieczonego (miejscowość, ulicę, numer domu/mieszkania),
  - d) numer telefoniczny, pod którym Centrum Alarmowe może skontaktować się z Ubezpieczonym i osobami wyznaczonymi,
  - e) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy,
  - f) wszelkie inne informacje niezbędne do realizacji usług assistance.
2. Ponadto Ubezpieczony powinien:
  - a) udzielić pracownikowi Centrum Alarmowego wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń Ubezpieczyciela,
  - b) udzielić specjaliście lub Lekarzowi przysłanemu przez Centrum Alarmowe wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
  - c) nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel innym osobom, chyba, że Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełnienia świadczenia w okresie 12 godzin od zawiadomienia o szkodzie (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym a Centrum Alarmowym) lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę,
  - d) współdziałać z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.
3. Centrum Alarmowe, po otrzymaniu zgłoszenia oraz niezbędnych do realizacji świadczenia informacji określonych w ust. 1 i 2 powyżej, przystępuje niezwłocznie do organizacji pomocy i świadczenia assistance, biorąc pod uwagę dyspozycje Ubezpieczonego i możliwości lokalne.
4. W przypadku, gdy Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełnienia świadczenia assistance w okresie 12 godzin od zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia assistance przez inną osobę, Centrum Alarmowe dokona zwrotu Ubezpieczonemu uzasadnionych kosztów realizacji świadczenia w granicach limitów określonych w § 8, stosując ceny rynkowe w danym regionie RP.
5. Ubezpieczyciel może stosownie obniżyć wysokość zwrotu kosztów poniesionych przez Ubezpieczo-



nego, jeżeli z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa nie powiadomił on o zdarzeniu i nie uzyskał uprzedniej zgody Ubezpieczyciela, nawet jeżeli są one objęte zakresem ubezpieczenia, a ich wysokość mieści się w granicach limitów odpowiedzialności, o których mowa w § 8 niniejszych Warunków Ubezpieczenia, jeżeli przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia

6. Niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1, Centrum Alarmowe informuje Ubezpieczonego czy na podstawie przekazanych przez niego informacji uzasadnione jest zlecenie wykonania usługi świadczonej w ramach ubezpieczenia assistance, a w razie decyzji pozytywnej – zleca wykonanie takiej usługi.
7. Jeżeli brak jest podstaw do wykonania usługi świadczonej w ramach ubezpieczenia assistance lub może być ona świadczona w innym zakresie niż określony w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczonemu przekazywana jest informacja ze wskazaniem okoliczności i podstaw prawnych uzasadniających całkowitą lub częściową odmowę wykonania usługi.
8. Ubezpieczony może wnioskować o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Centrum Alarmowe.

## REFUNDACJE

### § 10

1. Jeżeli świadczenia assistance wynikające z niniejszych Warunków Ubezpieczenia nie zostały opłacone bezpośrednio przez Centrum Alarmowe a z okoliczności sprawy wynika, że Ubezpieczony z przyczyn obiektywnych nie był w stanie zgłosić zdarzenia do Centrum Alarmowego niezwłocznie po jego zajściu, Ubezpieczyciel dokonuje refundacji poniesionych przez Ubezpieczonego uzasadnionych kosztów zgodnie z postanowieniami OWU.
2. Ubezpieczyciel dokona, na zasadzie refundacji i zgodnie z treścią zapłaconych przez Ubezpieczonego dowodów księgowych, w tym faktur VAT, zwrotu kosztów świadczeń poniesionych przez Ubezpieczonego w terminie do 30 dni od przedłożenia przez Ubezpieczonego całości dokumentacji (wniosku refundacyjnego, kopii dowodu rejestracyjnego wraz z oryginałami rachunków). Refundacja następuje w złotych polskich wg średniego kursu walut obcych NBP liczona na dzień ustalania odszkodowania. Ubezpieczony powinien złożyć wniosek o refundację kosztów świadczeń niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum Alarmowego.
3. Rachunki oraz faktury z tytułu świadczeń, o których mowa w ust. 1, będą wystawiane na Ubezpieczonego chyba, że ustalenia stron będą inne.
4. Wnioski o refundację kosztów wraz z wymienionymi w nich wymaganymi dokumentami, o których mowa w ust. 3, Ubezpieczony zgłasza pisemnie do Europ Assistance, będącego uprawnionym przedstawicielem Ubezpieczyciela:

*Zespół ds. Likwidacji Szkód*  
*Europ Assistance Polska Sp. z o.o.*  
*ul. Wołoska 5, budynek TAURUS*  
*02-675 Warszawa*  
[refundacje@europ-assistance.pl](mailto:refundacje@europ-assistance.pl)

5. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część refundacji Europ Assistance wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

## REKLAMACJE

### § 11

1. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Autorité de contrôle prudentiel.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i uprawniony z umowy ubezpieczenia mają prawo do wniesienia reklamacji do Ubezpieczyciela. Reklamacja może być złożona:
  - a) w formie pisemnej (przesyłką pocztową na adres Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości”),
  - b) ustnie (telefonicznie pod numerem telefonu +(48) 22 205 50 31 albo osobiście pod adresem Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości”),
  - c) w formie elektronicznej (e-mailem pod adresem: [quality@europ-assistance.pl](mailto:quality@europ-assistance.pl)).
3. Jeżeli Ubezpieczony nie zgadza się z ustaleniami Europ Assistance co do odmowy zaspokojenia roszczeń lub co do wysokości refundacji kosztów świadczeń, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania decyzji w tej sprawie zgłosić na piśmie listem poleconym żądanie ponownego rozpatrzenia sprawy przez Ubezpieczyciela.

4. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach reklamacja może być rozpatrzona w terminie dłuższym – w takim przypadku Ubezpieczyciel powiadomi osobę występującą z reklamacją o przyczynach opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia oraz przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji, przy czym nie może on przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Ubezpieczyciel informuje składającego reklamację o sposobie jej załatwienia w formie pisemnej, albo – jeśli składający reklamację wyrazi na to zgodę, pocztą elektroniczną.
6. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19.08.2011 o usługach płatniczych (Dz.U. z 2014, poz. 873 ze zm.), na adres korespondencyjny Klienta podany do wiadomości Ubezpieczyciela lub - na wniosek Klienta - w formie elektronicznej na adres poczty elektronicznej Klienta podany do wiadomości Ubezpieczyciela.
7. Odpowiedź w postaci papierowej przesyłana jest jako rejestrowana przesyłka pocztowa.
8. Ubezpieczony będący konsumentem ma prawo zwrócić się o rozwiązanie sporu wynikającego z umowy ubezpieczenia w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich do Rzecznika Finansowego - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, (informacje odnośnie organu administracji Rzecznika Finansowego są dostępne na stronie internetowej [www.rzf.gov.pl](http://www.rzf.gov.pl)) albo do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (informacje odnośnie Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego są dostępne na stronie internetowej [www.knf.gov.pl/regulacje/Sad\\_Polubowny](http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny)). Konsumenci mają dodatkowo możliwość wystąpienia o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

## **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

### **§ 12**

1. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla Miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz Kodeksu cywilnego.
3. Niniejsze OWU obowiązują od dnia 01 października 2018 roku.