

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9927ST19 (OWU)

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 i 8
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 1-2, 4-5, 18 art. 7 art. 11

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9927ST19 (OWU)

Znajdujące się w ramach w treści OWU komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści OWU. Pełnią jedynie funkcję informacyjną.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kwestie bezpośrednio dotyczące Umowy ubezpieczenia, które są kluczowe według postanowień prawa.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.



PRZYKŁADY

Wyjaśniamy, jak w praktyce stosowane są postanowienia Umowy ubezpieczenia i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.

Artykuł 1. Wstęp

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Umowy zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy.

Artykuł 2. Definicje

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane wielkimi literami oznaczają:

- Aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy, lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile z tego tytułu osoba podlega ubezpieczeniu chorobowemu w ramach ubezpieczenia społecznego i nie nabyła prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych.
- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
- Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia** – pisemna deklaracja składana przez Korzystającego wyrażającego wolę przystąpienia do Ubezpieczenia.
- Dzień Hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji.
- Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego.
- Klient/Korzystający** – osoba fizyczna, która zawarła z Ubezpieczającym Umowę leasingu lub osoba fizyczna wskazana przez osobę prawną, będącą stroną Umowy leasingu z Ubezpieczającym.
- Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy i spowodowało u Ubezpieczonego Uszkodzenie ciała.
- Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym u Ubezpieczonego stanem chorobowym, które miało miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, niezależne od woli Ubezpieczonego podróżującego w charakterze kierowcy lub pasażera Pojazdem lub Środkiem transportu publicznego będącym w ruchu, rezultatem którego jest uszkodzenie ciała Ubezpieczonego. Pod pojęciem NW komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez pojazd lub środek transportu publicznego będący w ruchu.
- Operator** – agent ubezpieczeniowy działający w imieniu i na rzecz Towarzystwa: Marsh Services sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa.
- Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób.

11. **Pojazd** – pojazd z własnym napędem, posiadający silnik, przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby niniejszych OWU do definicji pojazdu włącza się także pojazdy szynowe, takie jak: lokomotywy, wagony do przewozu osób, elektryczne zespoły trakcyjne, pojazdy do utrzymania nawierzchni i podtorza kolejowego oraz sieci trakcyjnej oraz inne pojazdy poruszające się po szynach napędzane umieszczonym na nich silnikami.
12. **Rata wynagrodzenia brutto** – miesięczna rata wynagrodzenia zawierająca wszystkie opłaty (w tym składki z tytułu ubezpieczenia komunikacyjnego) zgodnie z Umową leasingu i pierwotnym harmonogramem opłat leasingowych stanowiącym integralną część Umowy leasingu (lub w przypadku zmian harmonogramu – miesięczna wysokość raty wynagrodzenia po zmianie, pod warunkiem, że okres Umowy leasingu pozostaje bez zmian – w przeciwnym wypadku zastosowanie mają wartości z pierwotnie ustalonego harmonogramu), powiększona o podatek od towarów i usług (VAT), który na dzień zawarcia niniejszej Umowy wynosi 23%. Jeśli w trakcie obowiązywania niniejszej Umowy ulegną zmianie przepisy podatkowe, w tym wysokość podatku VAT, Strony zgodnie postanawiają, że zmiana ta nie będzie miała wpływu na wysokość świadczeń wypłacanych osobom objętym ochroną ubezpieczeniową przed dniem zmiany przepisów. Zmiana ta będzie miała zastosowanie tylko do nowych Ubezpieczonych. Zmiana stawki VAT może mieć wpływ na wysokość stawek ubezpieczeniowych dla nowych Ubezpieczonych.
13. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy kierowane do Towarzystwa, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo lub jego działalności.
14. **Składka** – kwota, która jest należna Towarzystwu z tytułu udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy, opłacana Towarzystwu przez Ubezpieczającego.
15. **Szpital** – zakład leczniczy, działający na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.



WAŻNE: Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

16. **Środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób.
17. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, 00-450, ul. Przemysłowa 26, wpisane do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131. MetLife TUŃŻIR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
18. **Trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, z zastrzeżeniem postanowień art. 4 ust. 1 OWU.
19. **Ubezpieczający** – RCI Leasing Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.
20. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy.
21. **Ubezpieczony** – Klient, który podpisał Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia i został objęty ochroną ubezpieczeniową zgodnie z postanowieniami OWU oraz Umowy. W ramach jednej Umowy leasingu Ubezpieczeniem może być objętych maksymalnie 6 osób fizycznych.
22. **Umowa leasingu** – umowa leasingu zawierana pomiędzy Korzystającym i Ubezpieczającym.
23. **Umowa** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie Korzystających „Bezpieczny Leasing” nr 9927 zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
24. **Uposażony** – osoba lub podmiot wskazany przez Ubezpieczonego, uprawniony do otrzymania świadczeń z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
25. **Uszkodzenie ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego, będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
26. **Zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada.
27. **Zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach i zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, lub uprawianiu dyscypliny sportowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem, w tym stypendium.
28. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach OWU, określone w art. 4 ust. 1.

Artykuł 3. Przedmiot Ubezpieczenia

Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.



WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

Artykuł 4. Zakres ochrony

1. Zakres Ubezpieczenia

Zakres ochrony Ubezpieczonego uzależniony jest od wariantu wskazanego w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia i obejmuje:

- 1) w ramach **wariantu podstawowego**:
 - a) śmierć,
 - b) Hospitalizację min. 30-dniową na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby,
 - c) Trwałą niezdolność do pracy, przy czym dla osób, które w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodujących niezdolność do pracy nie były Aktywne zawodowo, za Trwałą niezdolność do pracy uważa się inwalidztwo polegające na utracie:
 - wzroku w obu oczach lub
 - dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- 2) w ramach **wariantu rozszerzonego**:
 - a) śmierć,
 - b) śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego,
 - c) Trwałą niezdolność do pracy, przy czym dla osób, które w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodujących niezdolność do pracy nie były Aktywne zawodowo, za Trwałą niezdolność do pracy uważa się inwalidztwo polegające na utracie:
 - wzroku w obu oczach lub
 - dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) Hospitalizację min. 4-dniową na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego, w trakcie okresu Ubezpieczenia, świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 1 i 2 niniejszych OWU, jest wypłacane Uposażonemu zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego, niezależnie od przyczyny śmierci.
- 2) Jeśli śmierć Ubezpieczonego objętego ochroną w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2) powyżej, nastąpiła na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, poza świadczeniem, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) powyżej, Uposażonemu wypłacane jest dodatkowe świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 1 i 2 niniejszych OWU.

3. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji min. 30-dniowej na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby

- 1) W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego należne świadczenie w wysokości określonej w art. 7 ust. 3, obliczone na dzień rozpoczęcia Hospitalizacji, zostanie wypłacone zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego, pod warunkiem że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby, która ujawniła się, lub Uszkodzenia Ciała, które powstało po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji nieprzerwanie przez co najmniej 30 kolejnych dni.
- 2) Świadczenie szpitalne płatne jest za każdy, począwszy od pierwszego, 30-dniowy okres Hospitalizacji, z zastrzeżeniem zapisów pkt 3) i 4) poniżej.

- 3) Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby to 8 miesięcy.
- 4) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

4. Dzielne świadczenie na wypadek Hospitalizacji min. 4-dniowej na skutek NW

- 1) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dziennie świadczenie na wypadek hospitalizacji wskutek NW, o którym mowa w art. 7 ust. 4, jeżeli w następstwie NW powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji nieprzerwanie przez przynajmniej 4 kolejne dni.
- 2) Dziennie świadczenie na wypadek Hospitalizacji min. 4-dniowej wskutek NW jest płatne za każdy Dzień Hospitalizacji Ubezpieczonego, licząc od dnia przyjęcia do szpitala, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni.
- 3) Okres Hospitalizacji, za który naliczane jest dziennie świadczenie na wypadek Hospitalizacji wskutek NW, nie może przekroczyć łącznie 90 dni dla każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od daty rozpoczęcia ochrony, o której mowa w art. 5 ust. 3.



PRZYKŁAD: Pierwszym dniem Hospitalizacji jest dzień rejestracji w szpitalu, niezależnie od tego, o której godzinie rejestracja nastąpiła, a ostatnim dniem Hospitalizacji – dzień wypisu ze szpitala. Jeżeli Ubezpieczony został przyjęty do szpitala w poniedziałek o godzinie 17, a wyszedł z niego w czwartek o 10 w tym samym tygodniu, to jego Hospitalizacja trwała 4 dni.



WAŻNE: Prosimy zwrócić uwagę, że dziennie świadczenie na wypadek Hospitalizacji na skutek NW wypłacane jest za maksymalnie 90 dni pobytu w Szpitalu będącym następstwem Nieszczęśliwego wypadku.

5. Trwała niezdolność do pracy

W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego należne świadczenie w wysokości określonej w art. 7 ust. 1 i 2, obliczone na dzień decyzji Towarzystwa o uznaniu roszczenia, jest wypłacane zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.

W przypadku osób, które w dniu zdarzenia powodującego niezdolność do pracy są Aktywne zawodowo, warunkiem wypłaty świadczenia jest uzyskanie przez Towarzystwo potwierdzenia od Ubezpieczonego, w formie zaświadczenia o zatrudnieniu, podpisanego przez osobę uprawnioną z zakładu pracy, lub wypisu z rejestru lub ewidencji przedsiębiorców, że w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodującej niezdolność do pracy Ubezpieczony był Aktywny zawodowo. Od daty Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodującej niezdolność do pracy do czasu uznania jej za trwałą musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, Trwała niezdolność do pracy zostaje stwierdzona natychmiast i wyżej wymieniony okres 12 miesięcy nie obowiązuje.

Artykuł 5. Udzielenie i czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

1. Każdy Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli w dniu podpisania Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia ukończył 18 lat, ale nie ukończył 67. roku życia.
2. W przypadku stwierdzenia w terminie trzech lat od dnia podpisania Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, że Klient podał świadomie nieprawdziwe informacje lub podpisał Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia mimo niespełnienia przez niego wymogów w niej określonych, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu opłacone za danego Ubezpieczonego Składki w pełnej wysokości.
3. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia dla poszczególnego Klienta jest dzień aktywacji Umowy leasingu, przypadający jednak nie wcześniej niż następnego dnia po dniu złożenia przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego kończy się:
 - 1) w ostatnim dniu miesięcznego okresu obowiązywania Ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzyma od Ubezpieczającego pisemne potwierdzenie zajścia jednej z określonych poniżej okoliczności:
 - a) wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia od Umowy leasingu,
 - b) dokonania cesji praw Umowy leasingu na podmiot trzeci,
 - c) rezygnacji z Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego;
 - 2) w dniu wystąpienia jednej z poniższych okoliczności:
 - a) odstąpienia od Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego,
 - b) upływu okresu, za który została opłacona Składka,
 - c) upływu okresu, na jaki została zawarta Umowa leasingu,
 - d) śmierci Ubezpieczonego lub uznania Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - e) ukończenia przez Ubezpieczonego 72 lat,
 - f) nieuregulowania Składki pomimo upływu terminu wskazanego w wezwaniu, o którym mowa w art. 6 ust. 4.

Artykuł 6. Składka

1. Składka za ubezpieczenie ustalana jest z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu Ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
2. Wysokość Składki określona jest w Umowie.
3. Składki płatne są Towarzystwu przez Ubezpieczającego w złotych polskich z góry za cały okres Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.
4. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki w terminie wymagalności Towarzystwo pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia Składki w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania pod rygorem zakończenia świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego, za którego Składka nie została zapłacona.
5. W przypadku wydłużenia Umowy leasingu o maksymalnie 6 miesięcy Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową bez konieczności dopłaty Składki.

Artykuł 7. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci, śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego lub Trwałej niezdolności do pracy jest to suma opcji wykupu, o ile ta ostatnia została przewidziana w Umowie leasingu, oraz pozostałego do spłaty kapitału brutto wynikającego z harmonogramu opłat leasingowych wraz ze zdyskontowanymi odsetkami, obliczanych w wartości brutto (tj. łącznie z podatkiem VAT) na dzień śmierci lub rozpoczęcia Choroby albo NW powodujących Trwałą niezdolność do pracy, wyrażona w walucie Umowy leasingu, jednak nie więcej niż 400.000 (słownie: czterysta tysięcy) złotych.
2. Z zastrzeżeniem ust. 1 powyżej:
 - a) w przypadku jednego Ubezpieczonego w ramach Umowy leasingu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia,
 - b) w przypadku więcej niż jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy leasingu świadczeniem jest kwota równa ilorazowi Sumy ubezpieczenia i liczby Ubezpieczonych w ramach danej Umowy leasingu.
3. Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji min. 4-dniowej – jest to iloraz miesięcznej Raty wynagrodzenia brutto w walucie Umowy leasingu i liczby Ubezpieczonych w ramach Umowy leasingu. Łączna kwota świadczenia z tytułu jednej Hospitalizacji nie może przekroczyć 30.000 (słownie: trzydzieści tysięcy) złotych.
4. Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji min. 4-dniowej na skutek NW to kwota 200 (słownie: dwieście) zł dziennie. Łączna kwota świadczenia z tytułu jednej Hospitalizacji min. 4-dniowej na skutek NW nie może przekroczyć 18.000 (osiemnaście tysięcy) zł dla każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od daty rozpoczęcia ochrony.

Artykuł 8. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Operatorowi lub Towarzystwu dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu.

1) Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego osoba zgłaszająca roszczenie kontaktuje się z Operatorem w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia. Operator na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie przesyła pocztą na wskazany adres Wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych / dostawców usług telekomunikacyjnych, który po wypełnieniu powinien zostać niezwłocznie odesłany do Operatora wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości Uposażonego,
 - kopią/odpisem skróconym aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - kopią statystycznej karty zgonu lub jakimkolwiek dokumentem medycznym potwierdzającym przyczynę zgonu,
 - kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwą i adresem placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy.
- Operator po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.

2) Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia Operator przekazuje Ubezpieczonemu formularz: Wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych / dostawców usług telekomunikacyjnych, który po wypełnieniu powinien zostać niezwłocznie odesłany do Operatora wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i Trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
- kopią dowodu Aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia Choroby albo NW, które spowodowały Trwałą niezdolność do pracy, o ile Ubezpieczony w tym dniu był Aktywny zawodowo,
- kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwą i adresem placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy.

Operator po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.

3) Hospitalizacja Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia Operator przekazuje Ubezpieczonemu formularz: Wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych / dostawców usług telekomunikacyjnych, który po wypełnieniu powinien zostać niezwłocznie odesłany do Operatora wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- kopią dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisów i wyników badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia,
- kartą leczenia szpitalnego lub innym dokumentem potwierdzającym Hospitalizację Ubezpieczonego,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwą i adresem placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

Operator po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.



WYJAŚNIENIE: Roszczenie o wypłatę świadczenia można zgłosić w jeden z poniższych sposobów: **za pośrednictwem Operatora:**

- **korrespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Marsh Services sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa
 - **osobiście** – w siedzibie Operatora lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Operatora na terenie całego kraju
- bezpośrednio do Towarzystwa:**
- **poczta elektroniczna** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl
 - **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 52 64
 - **korrespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Departament Roszczeń MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa)
 - **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnŻiR S.A., przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie.

2. Dodatkowe informacje

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie powinna przedstawić dokumentację medyczną lub inną dotyczącą tego Zdarzenia ubezpieczeniowego lub jego okoliczności przetłumaczoną przez tłumacza przysięgłego na język polski, pod warunkiem że Towarzystwo wystąpi do osoby zgłaszającej roszczenie o takie tłumaczenie, w sytuacji gdy takie dokumenty są dla Towarzystwa niezbędne do oceny zasadności roszczenia lub wysokości należnego świadczenia.
 - 2) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu lub innych organów ścigania, a także do placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkowe informacje celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
- ### 3. Wypłata świadczenia
- 1) Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie określonym w pkt 1) powyżej.

Artykuł 9. Badanie lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo. Ubezpieczony jest zobowiązany na koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi, jeżeli jest to niezbędne do podjęcia przez Towarzystwo decyzji w przedmiocie zasadności roszczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu Umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.



WYJAŚNIENIE: Towarzystwo kieruje Ubezpieczonego na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona przez Klienta dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do rozpatrzenia roszczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z Towarzystwem placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

Artykuł 10. Wskazanie i zmiana Uposażonego



WAŻNE: Uposażonego wskazuje Ubezpieczony. Uposażonym może być dowolna osoba fizyczna lub prawna. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkowi od spadków i darowizn.

1. Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez doręczenie do Towarzystwa pisemnego oświadczenia.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - b) PESEL Ubezpieczonego,
 - c) nr Umowy,
 - d) imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwę podmiotu),
 - e) datę urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
 - f) adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: siedziba i adres podmiotu),
 - g) PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony jest osobą prawną: NIP),
 - h) udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.

Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego.
3. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie Uposażonego świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 6.
4. Zmiana Uposażonego następuje pod warunkiem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.

- Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
- W przypadku braku Uposażonych uprawnionych do świadczenia świadczenie otrzyma małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone pozostałym spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą oni po Ubezpieczonym.

Artykuł 11. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa



WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

- Niniejsze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci, Trwałej niezdolności do pracy ani Hospitalizacji min. 30-dniowej na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, ani Hospitalizacji min. 4-dniowej na skutek Nieszczęśliwego wypadku powstałych na skutek:
 - chorób, które były zdiagnozowane lub leczone w ciągu 24 miesięcy poprzedzających datę wejścia w życie ochrony ubezpieczeniowej,
 - samobójstwa lub próby samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności, popełnionego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty przystąpienia do Ubezpieczenia,
 - samookaleczenia popełnionego przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności,
 - wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - służby wojskowej odbywanej przez Ubezpieczonego w siłach zbrojnych lub siłach bezpieczeństwa dowolnego kraju,
 - napaści lub usiłowania napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa, oraz udziału w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym, stwierdzonych prawomocnym wyrokiem sądowym,
 - spożycia, spożywania lub pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażycia środków odurzających lub psychotropowych, pobudzających, halucynogennych, narkotyków, innych środków o podobnym działaniu, jeżeli nie zostały zalecone przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia.
- Ponadto świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy **Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego** powstała na skutek:
 - zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - nieprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych żadnymi dodatkowymi badaniami.
- Ponadto świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, **jeżeli Hospitalizacja min. 30-dniowa na skutek Choroby lub NW lub Hospitalizacja min. 4-dniowa na skutek NW** powstały na skutek:
 - chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków zdarzeń objętych Umową, albo w wyniku rehabilitacji, jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia, w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym szpitala,
 - wykonania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
 - jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
 - zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu albo w wyniku wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, speleologia, sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, albo w wyniku uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łyżki lub nart wodnych lub zawodach konnych,
 - choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, w tym nerwic (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgoszmyku, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatracia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia), lub jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie hospitalizacji,
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
 - podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Artykuł 12. Odstąpienie lub rezygnacja z Ubezpieczenia

- Ubezpieczony ma prawo do odstąpienia od Ubezpieczenia w terminie 30 dni liczonych od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Ubezpieczenia. Oświadczenie o odstąpieniu może być złożone Towarzystwu za pośrednictwem Operatora, w takim przypadku dniem otrzymania oświadczenia o odstąpieniu przez Towarzystwo jest dzień otrzymania go przez Operatora.
- Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z Ubezpieczenia w każdym czasie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o rezygnacji. Oświadczenie o rezygnacji może być złożone Towarzystwu za pośrednictwem Operatora, w takim przypadku dniem otrzymania oświadczenia o rezygnacji przez Towarzystwo jest dzień otrzymania go przez Operatora.
- W przypadku odstąpienia Ubezpieczonego od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia Ubezpieczenie kończy się w dniu złożenia Oświadczenia o rezygnacji, a Towarzystwo zwróci całość składki za danego Ubezpieczonego.
- W przypadku rezygnacji z Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego Ubezpieczenie wygasa z końcem miesięcznego okresu Ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało od Ubezpieczającego pisemne oświadczenie o rezygnacji złożone przez Ubezpieczonego. Towarzystwo dokonuje zwrotu Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej bezpośrednio lub za pośrednictwem Operatora.
- Zwrot Składki następuje w terminie do 45 dni od daty otrzymania oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia lub od daty otrzymania od Ubezpieczającego informacji o wygaśnięciu, rozwiązaniu, skróceniu Umowy leasingu, o ile nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu ochrony udzielonej Ubezpieczonemu. Kwota do zwrotu wyliczana jest proporcjonalnie za pełne miesiące okresu Ubezpieczenia przypadające po dacie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, za który została opłacona Składka.
- W przypadku przyznanej przez Ubezpieczającego możliwości cesji Umowy leasingu, gdy nowy Klient nie spełnia wymogów określonych w art. 5 lub gdy przejmującym jest spółka prawa handlowego, następuje zakończenie Ubezpieczenia oraz zwrot części Składki. Klient podpisuje aneks do Umowy leasingu, natomiast Ubezpieczenie ulega zakończeniu.
- W przypadku przyznanej przez Ubezpieczającego możliwości cesji Umowy leasingu nowy Klient spełniający wymogi określone w art. 5 podpisuje aneks do Umowy leasingu (z Deklaracją przystąpienia do Ubezpieczenia), a Ubezpieczenie jest kontynuowane dla nowego Klienta. Ubezpieczenie oferowane jest wszystkim nowym Korzystającym (współkorzystającym) przejmującym Umowę leasingu.
- Towarzystwo, działając z upoważnienia Ubezpieczającego, dokonuje zwrotu Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku kilku Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy leasingu w razie odstąpienia lub rezygnacji któregokolwiek z nich Ubezpieczenie wygasa w stosunku do wszystkich, zgodnie z ust. 3 i 4 powyżej.

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

- Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy może złożyć Reklamację:
 - pisemnie na adres siedziby Towarzystwa: MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - elektronicznie na adres e-mail: kontakt@metlife.pl,
 - telefonicznie pod numerem +48 22 523 52 64,
 - osobiście w siedzibie Towarzystwa.
- Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.



WAŻNE: Termin 60 dni na odpowiedź Towarzystwa ws. Reklamacji dotyczy tylko sytuacji, w których zebranie brakujących informacji lub ustalenie dodatkowych okoliczności jest niezbędne dla wyjaśnienia sprawy.

4. O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Towarzystwo w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
5. „Polityka rozpatrywania Reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.
6. Osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy może zwrócić się w sprawie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
7. Towarzystwo wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej podajemy adresy stron internetowych obu podmiotów: Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl> oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny.

Artykuł 14. Prawo właściwe, właściwość sądów i dodatkowe informacje dotyczące Towarzystwa

1. Prawem właściwym dla Umowy jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory, mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane, pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy.
3. Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane jest na stronie internetowej Towarzystwa.

Artykuł 15. Podatki

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek obciążają Ubezpieczającego i są uiszczane wraz z odpowiednią składką.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez Towarzystwo.
3. Wszelkie podatki związane z Umową powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dniu wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz.U. z 2016 poz. 2032 z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz.U. z 2016 poz. 1888 z późn. zm.).

Artykuł 16. Doręczenia

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową powinny być przekazane do Operatora lub bezpośrednio do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazane w Umowie.
2. Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczonego lub Uposażonego lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w Umowie.

Artykuł 17. Aktualizacja informacji



WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych swoich i Uposażonego. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczanie informacji dotyczących Umowy i znacząco usprawni jej obsługę.

Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Towarzystwa, bezpośrednio lub za pośrednictwem Operatora, o zmianach:

- a) danych kontaktowych (np. adresu korespondencyjnego, numeru telefonu) oraz
- b) danych identyfikacyjnych (np. nazwiska, numeru PESEL).

Informacje o zmianach powinny być przekazane pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego.

Artykuł 18. Pełnomocnictwa

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z Umową powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej i doręczone Operatorowi lub Towarzystwu w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata lub uprawnionego przedstawiciela Operatora lub Towarzystwa.

Warszawa, 2 stycznia 2019

Mirosław Kiszyk
Prezes Zarządu Towarzystwa

Szczególne Warunki Ubezpieczenia

Wsparcie medyczne po wypadku

Informacja dotycząca ubezpieczenia Wsparcie medyczne po wypadku

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie	Nr postanowienia SWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 2 art. 5
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 7 pkt 7 art. 4 ust. 3 art. 6

Szczególne Warunki Ubezpieczenia

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Wsparcie medyczne po wypadku (zwane dalej: SWU) regulują zasady i zakres ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczonych na podstawie Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym.

Artykuł 1. Definicje

- Akt terroryzmu** – akt polegający na użyciu siły lub przemocy przez pojedynczą osobę lub grupę osób działających samodzielnie, w imieniu jakiegokolwiek organizacji lub rządu bądź w porozumieniu z taką organizacją lub rządem, popełniony z pobudek politycznych, religijnych, ideologicznych albo podobnych, z zamiarem wywarcia wpływu na rząd lub zastraszenia społeczeństwa albo jego części.
- Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny.
- Klient/Korzystający** – osoba fizyczna, która zawarła z RCI Leasing Polska Sp. z o.o. Umowę leasingu lub osoba fizyczna wskazana przez stronę, która zawarła Umowę leasingu z RCI Leasing Polska Sp. z o.o.
- Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, niebędący Lekarzem Ubezpieczyciela.
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela.
- Miejsce zamieszkania** – adres mieszkania lub domu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który został wskazany przez Ubezpieczonego podczas zgłaszania do Ubezpieczyciela Zdarzenia ubezpieczeniowego po raz pierwszy. W przypadku zmiany Miejsca zamieszkania Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznego zgłoszenia tego faktu do Ubezpieczyciela.
- Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym, niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane Przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i spowodowało obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia.
- Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres ochrony danego Ubezpieczonego odpowiadający okresowi ochrony w ramach Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”.
- Osoba bliska** – współmałżonek, dziecko, wstępny, zstępny, brat, siostra, bratanek, bratanica, siostrzeniec, siostrzenica, ojczym, macocha, pasierb, teść, teściowa, zięć, synowa, bratowa, szwagier, szwagierka, przysposobiony, przysposabiający, pozostający pod opieką lub przyjęty na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu przepisów prawa rodzinnego.
- Osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki.
- Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie, które było wyłącznym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, polegające na oddziaływaniu na ciało:
 - energii kinetycznej – czynników mechanicznych lub siły grawitacji powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
 - energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
 - czynników chemicznych – powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc;
 - czynników akustycznych – powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.
- Szpital** – placówka opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie całodobowej opieki w zakresie leczenia i diagnostyki w stałych pomieszczeniach, odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny. Za Placówkę medyczną w rozumieniu niniejszych SWU nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tj. z dnia 26 stycznia 2016 r., Dz.U. z 2016 r., poz. 224), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
- Ubezpieczający** – spółka działająca pod firmą MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Przemysłowej 26 (00-450); wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 000028131, która w imieniu i na rzecz Ubezpieczonych zawarła Umowę ubezpieczenia.
- Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU, która przystąpił do Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”.
- Ubezpieczyciel** – AWP P&C S.A. oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50 B (02-672 Warszawa); wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000189340, udzielająca ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonym na podstawie Umowy ubezpieczenia, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.
- Umowa leasingu** – umowa leasingu zawierana pomiędzy Korzystającym i RCI Leasing Polska Sp. z o.o.
- Umowa Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”** – Umowa Ubezpieczenia na Życie Korzystających „Bezpieczny Leasing” nr 9927 zawarta pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. a RCI Leasing Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.
- Umowa ubezpieczenia** – Umowa grupowego ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, w ramach której na podstawie niniejszych SWU świadczona jest ochrona na rzecz Ubezpieczonych.
- Wyczynowe uprawianie sportu** – udział w zawodach, imprezach sportowych, obozach kondycyjnych i szkoleniowych lub próbach do nich, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu (zaliczamy do niego również Zawodowe uprawianie sportu).
- Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - osoby będące członkami klubów, uprawiające sporty indywidualne lub w ramach gier zespołowych, biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy,
 - osoby uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium, lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy zespołowo.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – co najmniej trzydniowa Hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Nieszczęśliwego wypadku.
- Zwierzęta domowe** – należące do Ubezpieczonego pies/psy i/lub kot/koty.

Artykuł 2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - koszty konsultacji medycznych;
 - koszty świadczeń assistance; realizowanych na rzecz Ubezpieczonego w razie co najmniej trzydniowej Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ochrony ubezpieczeniowej, objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela;
 - świadczenia informacyjne.
- Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji medycznych, świadczeń assistance oraz świadczeń informacyjnych w zakresie wskazanym w poniższej tabeli:

I. Konsultacje medyczne	Limity		Zdarzenie ubezpieczeniowe
Maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego	5		
1. wizyta domowa lekarza internisty	Świadczenia do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby konsultacji medycznych do wykorzystania	Do wyczerpania maksymalnej liczby konsultacji medycznych do wykorzystania w następstwie jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego	Co najmniej trzydniowa Hospitalizacja wskutek Nieszczęśliwego wypadku
2. konsultacja chirurga			
3. konsultacja okulisty			
4. konsultacja otolaryngologa			
5. konsultacja ortopedy			
6. konsultacja kardiologa			
7. konsultacja neurologa			
8. konsultacja pulmonologa			
9. konsultacja lekarza rehabilitacji			
10. konsultacja neurochirurga			
11. konsultacja psychologa			
II. Świadczenia assistance	Limity		
transport do Placówki medycznej	Maksymalny łączny limit 1 000 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe		
transport pomiędzy Placówkami medycznymi			
transport z Placówki medycznej			
opieka nad Osobami niesamodzielnymi			
opieka nad Zwierzętami domowymi			
transport i zakwaterowanie Osoby bliskiej			
opieka pielęgniarki			
III. Świadczenia informacyjne			
Infolinia medyczna	Na życzenie Ubezpieczonego		

4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 (tabela) Ubezpieczyciel, w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, organizuje opisane niżej świadczenia i pokrywa ich koszty do wysokości nieprzekraczającej limitów tam podanych.
5. W zakresie konsultacji medycznych, w razie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrywa koszty poniższych świadczeń:
 - 1) **wizyta domowa lekarza internisty** (lekarza chorób wewnętrznych, lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty medycyny rodzinnej);
 - 2) **konsultacje lekarzy specjalistów** następujących specjalności:
 - a) chirurg,
 - a) okulista,
 - b) otolaryngolog,
 - c) ortopeda,
 - d) kardiolog,
 - e) neurolog,
 - f) pulmonolog,
 - g) lekarz rehabilitacji,
 - h) neurochirurg,
 - i) psycholog.
6. Konsultacje medyczne wymienione w ust. 5 pkt 2 są organizowane na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie i po konsultacji z Lekarzem Ubezpieczyciela.
7. W zakresie świadczeń assistance, w razie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrywa koszty poniższych świadczeń do wysokości maksymalnego łącznego limitu na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe, określonego w art. 3 ust. 7:
 - 1) **transport do Placówki medycznej** – po zakończeniu Hospitalizacji, zgodnie z pisemnym zaleceniem wizyty w Placówce medycznej od Lekarza prowadzącego leczenie;
 - 2) **transport pomiędzy Placówkami medycznymi** – po zakończeniu Hospitalizacji, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, w przypadku pobytu w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia pacjenta lub w przypadku skierowania przez Lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej;
 - 3) **transport z Placówki medycznej** – po zakończeniu Hospitalizacji, do Miejsca zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia transportu medycznego od Lekarza prowadzącego leczenie i w sytuacji, gdy według wiedzy Lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 4) **opieka nad Osobami niesamodzielnymi** – w Miejscu zamieszkania, na czas Hospitalizacji, na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą, po uzgodnieniu przez Ubezpieczyciela z Lekarzem prowadzącym leczenie przewidywanego czasu Hospitalizacji;
 - 5) **opieka nad Zwierzętami domowymi** – w Miejscu zamieszkania, na czas Hospitalizacji, na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą, po uzgodnieniu przez Ubezpieczyciela z Lekarzem prowadzącym leczenie przewidywanego czasu Hospitalizacji oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach obowiązkowych;
 - 6) **transport i zakwaterowanie Osoby bliskiej** – na czas Hospitalizacji, w razie Hospitalizacji poza miejscowością, w której znajduje się Miejsce zamieszkania, po uzgodnieniu przez Ubezpieczyciela z Lekarzem prowadzącym leczenie przewidywanego czasu Hospitalizacji; świadczenie obejmuje:
 - a) transport jednej Osoby bliskiej z jej miejsca zamieszkania do hotelu przyszpitalnego lub hotelu w miejscowości Hospitalizacji,
 - b) zakwaterowanie Osoby bliskiej w hotelu przyszpitalnym lub hotelu w miejscowości Hospitalizacji,
 - c) transport powrotny Osoby bliskiej do jej miejsca zamieszkania;
 - 7) **opieka pielęgniarki** – w Miejscu zamieszkania (wraz z kosztami dojazdów pielęgniarki oraz jej honorariów), po zakończeniu Hospitalizacji, na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie opieki pielęgniarskiej w Miejscu zamieszkania, obejmująca koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego leczenie. Koszty sprawowania opieki pielęgniarskiej (zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony.
8. W zakresie świadczeń informacyjnych Ubezpieczyciel zapewnia dostęp do **infolinii medycznej**, umożliwiającej Ubezpieczonemu uzyskanie telefonicznej informacji na temat:
 - 1) danych teled adresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
 - 2) danych teled adresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - 3) danych teled adresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - 4) danych teled adresowych domów pomocy społecznej, hospicjów;
 - 5) danych teled adresowych aptek czynnych przez całą dobę;
 - 6) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami;
 - 7) sposobów, w jaki należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - 8) diet, zasad zdrowego żywienia.
9. Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie niniejszych SWU jest udzielana wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Artykuł 3. Limity ilościowe i kwotowe świadczeń

1. Ustalone limity kwotowe i ilościowe świadczeń stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe.
2. Ubezpieczyciel spełnia świadczenie do wysokości limitów określonych w art. 2 ust. 3 (tabela) z uwzględnieniem maksymalnej liczby konsultacji medycznych do wykorzystania.
3. Maksymalna liczba konsultacji medycznych, o której mowa w ust. 2, oznacza, że z 11 (jedenastu) dostępnych konsultacji medycznych Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 5 (pięć) konsultacji medycznych możliwych do wykorzystania na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe.
4. W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego realizacja któregokolwiek ze świadczeń z zakresu konsultacji medycznych pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń medycznych do wykorzystania, z uwzględnieniem postanowień ust. 5-6 poniżej.
5. W ramach jednego Okresu ochrony ubezpieczeniowej ochroną objęta jest nieograniczona liczba Zdarzeń ubezpieczeniowych.
6. W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, w ramach maksymalnej liczby konsultacji medycznych do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego rodzaju konsultacji medycznej.
7. Na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe w ramach świadczeń assistance przysługuje organizacja i pokrycie kosztów świadczeń do wysokości maksymalnego łącznego limitu 1 000 zł (tysiąca złotych), z możliwością kilkakrotnego skorzystania z tego samego rodzaju świadczenia assistance.

Artykuł 4. Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, zawarcie i rozwiązanie Umowy

1. Ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia Wsparcie medyczne po wypadku objęte są osoby fizyczne, które przystąpiły do Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing” w wariantcie rozszerzonym.
2. Składkę za Ubezpieczonych, których dane zostały przekazane Ubezpieczycielowi, uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela i Okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony danego Ubezpieczonego w wariantcie rozszerzonym Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”.
4. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia na piśmie w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od umowy.
5. W przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia Wsparcie medyczne po wypadku przed upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany Okres ochrony ubezpieczeniowej.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:
 - 1) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) w przypadku nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego w terminie wymagalności i o ile składka nie zostanie zapłacona w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do opłacenia składki z zagrożeniem, że brak zapłaty w tym terminie spowoduje ustanie odpowiedzialności – z dniem następnym po upływie dodatkowego terminu;
 - 3) z końcem okresu ochrony w ramach Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing” w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 4) w dniu rezygnacji danego Ubezpieczonego z Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”;
 - 5) w dniu rezygnacji danego Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 8;
 - 6) z chwilą odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia;
 - 7) z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”;
 - 8) z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy Leasingu;
 - 9) z chwilą dokonania cesji praw z Umowy leasingu na podmiot trzeci.
7. Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W tym celu Ubezpieczony przesyła na adres siedziby Ubezpieczyciela pisemne i podpisane przez siebie oświadczenie o rezygnacji, zawierające dodatkowo imię, nazwisko oraz numer PESEL. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje z dniem złożenia oświadczenia.
8. Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony z możliwością jej wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
9. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Artykuł 5. Postępowanie w razie zaistnienia nieszczęśliwego wypadku

1. W celu uzyskania konsultacji medycznych lub świadczeń assistance Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem, pod numerem telefonu (+48 22) 522 29 57 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania świadczeń:
 - 1) dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz PESEL lub datę urodzenia);
 - 2) datę zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą;
 - 4) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 5) adres korespondencyjny.
2. W celu realizacji konsultacji medycznych lub świadczeń assistance Ubezpieczony zobowiązany jest przesać do Ubezpieczyciela pocztą lub na wskazany przez Ubezpieczyciela adres e-mail następujące dokumenty:
 - 1) kopię karty wypisowej ze Szpitala lub, w przypadku trwającej Hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, z której jednoznacznie wynika, że powstałe obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia są następstwem Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) kopię skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia konsultacji lub zalecenia dodatkowych świadczeń, z wyjątkiem świadczenia wymienionego w art. 2 ust. 5 pkt 1.
3. Ubezpieczyciel, pod warunkiem uzyskania pisemnej zgody od Ubezpieczonego, zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
4. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie 2 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
5. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności realizacji świadczeń w związku ze zgłoszonym roszczeniem o świadczenie Ubezpieczyciel, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
6. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 3 dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 albo ust. 5, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
7. Koszty konsultacji medycznych i świadczeń assistance realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszych OWU pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Artykuł 6. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniowaniem;
 - 2) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne);
 - 3) strajków, lokautów, Aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować brak możliwości realizacji świadczeń;
 - 4) braku dostępu lub ograniczonego dostępu do Ubezpieczonego, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
2. Niezależnie od wyłączeń określonych w ust. 1 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe w następstwie:
 - 1) popełnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 2) umyślnego samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub samobójstwa Ubezpieczonego;
 - 3) Wyczynowego uprawiania sportu;

- 4) udziału w wyścigach lub rajdach samochodowych;
 - 5) zaburzeń psychicznych, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
 - 6) spożycia leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;
 - 7) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do prowadzenia pojazdu, chyba że fakt braku posiadania uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne);
 - 9) spożycia alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;
 - 10) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 11) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
3. Ubezpieczyciel nie pokrywa następujących kosztów powstałych w wyniku Zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 2) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania.
 4. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Nieszczęśliwe wypadki, które wystąpiły przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz ich następstwa.
 5. W przypadku gdy udzielenie świadczenia określonego w SWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem, że niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej pisemnej zgody.

Artykuł 7. Postanowienia końcowe

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobierców, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
 2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy mogą złożyć do Ubezpieczyciela w formie:
 - 1) ustnej – telefonicznie pod numerem telefonu: 22 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku, w dni robocze w godzinach 8.00-16.00), albo osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - 2) pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny Ubezpieczyciela: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela,
 - 3) elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
 3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni, o wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
 4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej pocztą tradycyjną na adres do doręczeń wskazany przez składającego reklamację w jej treści. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
 5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie i nie później, niż w terminie 30 dni od jej otrzymania, i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 5 powyżej.
 6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
 7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.
- Biuro Rzecznika Finansowego**
 Al. Jerozolimskie 87
 02-001 Warszawa
 tel. +48 22 333-73-26 – recepcja
 +48 22 333-73-27 – recepcja
 faks +48 22 333-73-29
www.rf.gov.pl
8. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje SWU osobie zainteresowanej – na piśmie lub – o ile osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, przed przekazaniem jej deklaracji przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczny Leasing”.
 9. W sprawach nieuregulowanych w SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz obowiązujących powszechnie aktów prawnych w zakresie Umowy ubezpieczenia.
 10. Prawem właściwym dla niniejszego SWU jest prawo polskie.
 11. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
 12. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel, tj. AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą przy ul. Domaniewskiej 50 B, 02-672 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000189340, NIP: 107-00-00-164.
 13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla Miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
 14. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla Miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Warszawa, 2 stycznia 2019

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna

ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. MetLife TUnZiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc. Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 52 64, e-mail: kontakt@metlife.pl, Internet: www.metlife.pl

© MetLife TUnZiR S.A., 2019