

# Szczególne Warunki Ubezpieczenia

## Asystent Poszpitalny

### do Umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu (F)

Informacja dotycząca ubezpieczenia Asystent Poszpitalny

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

# Szczególne Warunki Ubezpieczenia do Umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu (F)

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Asystent Poszpitalny (dalej: SWU) mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia (dalej: Umowa ubezpieczenia assistance) zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym i regulują zasady oraz zakres ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczonych, którzy zostali objęci ochroną w ramach Umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu (F).

## Artykuł 1. Definicje

- Akt terroru** – 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;
- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- Choroba przewlekła** – to:
  - 1) stan chorobowy zdiagnozowany przed datą objęcia Umową ubezpieczenia assistance, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, lub
  - 2) choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną leczenia szpitalnego w okresie 12 miesięcy przed objęciem Umową ubezpieczenia assistance;
- Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
- Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku;
- Miejsce zamieszkania** – mieszkanie lub dom jednorodzinny na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, którego adres został wskazany przez Ubezpieczonego przy zawieraniu Umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu (F). Ubezpieczony może w każdej chwili wskazać inny adres zamiast poprzednio wskazanego adresu;
- Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależnie od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane Przyczyną zewnętrzną. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą Chorobą;
- Okres ubezpieczenia** – okres ochrony danego Ubezpieczonego, odpowiadający okresowi ochrony w ramach Umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu (F);
- Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób;
- Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w celu leczenia Choroby zaistniałej w Okresie Ubezpieczenia lub obrażeń ciała doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w Okresie ubezpieczenia. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w Szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego;
- Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie, które było wyłączeniem czynnikiem prowadzącym do wystąpienia obrażeń ciała, polegające na oddziaływaniu na ciało:
  - 1) energii kinetycznej – czynników mechanicznych lub siły grawitacji powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
  - 2) energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
  - 3) czynników chemicznych – powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc;
  - 4) czynników akustycznych – powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych;
- Sprzęt rehabilitacyjny** – następujący sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
- Szpital** – zakład leczniczy działający na podstawie przepisów prawa, który wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: całodobowe 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;
- Transport medyczny** – transport do, z i pomiędzy Placówkami medycznymi zapewniony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za Transport medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
- Ubezpieczający** – 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;
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna, objęta ochroną w ramach Umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu (F), która została zgłoszona do Umowy ubezpieczenia assistance przez Ubezpieczającego;
- Ubezpieczyciel** – spółka działająca pod firmą AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą przy ul. Domaniewskiej 50b, 02-672 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000189340, NIP: 107-00-00-16, REGON: 0156476904, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France;
- Umowa dodatkowa Pobyt w Szpitalu (F)** – część umowy ubezpieczenia na życie MetLife Każdy Ważny, zapewniająca dodatkową ochronę ubezpieczeniową na wypadek hospitalizacji;
- Umowa ubezpieczenia assistance** – umowa ubezpieczenia assistance, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, do której mają zastosowanie SWU;
- Wniosek o przystąpienie do umowy** – elektroniczny wniosek złożony Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego, wyrażający wolę Ubezpieczonego bycia objętym ochroną na podstawie Umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu (F), do której dodawana jest Umowa ubezpieczenia assistance;
- Zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, która jest ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada;
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Pobyt w Szpitalu, trwający co najmniej dobę.

## Artykuł 2. Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, składka ubezpieczeniowa, zawarcie i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia assistance

- Do Umowy ubezpieczenia assistance może zostać zgłoszona przez Ubezpieczającego osoba objęta ochroną z tytułu Umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu (F).
- Ubezpieczający jest zobowiązany zgłosić osobę, o której mowa w ust. 1, na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia assistance oraz przekazać tej osobie SWU.
- Składkę za Ubezpieczonych, zgłoszonych przez Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi, uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia assistance.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dacie wejścia w życie Umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu (F), pod warunkiem zawarcia ww. umowy oraz opłacenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia zostaje automatycznie przedłużony na kolejny Okres ubezpieczenia, o ile Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie postanowią inaczej.
- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia assistance na piśmie w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia assistance.
- W przypadku wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia assistance przed upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia assistance została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany Okres ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:

- 1) w przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia assistance w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia;
- 2) z chwilą rozwiązania Umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu (F) na warunkach w niej określonych;
- 3) 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 dniem następnym po upływie dodatkowego terminu;
- 4) w dniu śmierci Ubezpieczonego.

### Artykuł 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance, wskazanych w ust. 4, na rzecz Ubezpieczonego, w razie objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Pobytu w Szpitalu, trwającego co najmniej dobę, zaistniałego w Okresie ubezpieczenia, w granicach i do limitu kwotowego wskazanego w ust. 5.
3. Ponadto Ubezpieczyciel zapewnia dostęp do świadczeń informacyjnych (infolinia medyczna) w Okresie ubezpieczenia wskazanych w ust. 6.
4. Zakres ubezpieczenia to:
  - 1) **wizyta u lekarza specjalisty** – na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie wizyty u lekarza jednej z następujących specjalności:
    - a) chirurg,
    - b) urolog,
    - c) okulista,
    - d) otolaryngolog,
    - e) ortopeda,
    - f) kardiolog,
    - g) neurolog,
    - h) pulmonolog,
    - i) lekarz rehabilitacji,
    - j) neurochirurg,
    - k) psycholog;
  - 2) **transport i zakwaterowanie wskazanej przez Ubezpieczonego osoby** – z miejsca pobytu tej osoby na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do Szpitala. Świadczenie przysługuje w czasie Pobytu w Szpitalu i obejmuje transport w obie strony oraz pobyt jednej wskazanej przez Ubezpieczonego osoby w Szpitalu, o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych, lub w hotelu przyszpitalnym;
  - 3) **dostarczenie rzeczy osobistych Ubezpieczonego do Szpitala** – w czasie Pobytu w Szpitalu, pod warunkiem wskazania przez Ubezpieczonego osoby, która udostępni Ubezpieczycielowi jego rzeczy osobiste;
  - 4) **opieka pielęgniarska** – w Miejscu zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia opieki pielęgniarskiej od Lekarza prowadzącego leczenie, obejmująca koszty dojazdów pielęgniarki oraz jej honorariów. Świadczenie obejmuje pomoc w umyciu, skorzystaniu z toalety, czynnościach pielęgnacyjnych, zrobieniu iniekcji zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, zmianę opatrunku, podanie leków;
  - 5) **dostarczenie leków** – do Miejsca zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia leżenia oraz zażywania leków od Lekarza prowadzącego leczenie. Koszty leków pokrywa Ubezpieczony;
  - 6) **pomoc domowa** – w Miejscu zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia leżenia od Lekarza prowadzącego leczenie, obejmująca koszty dojazdów i koszty honorariów pomocy domowej. Świadczenie obejmuje pomoc w zakresie zrobienia zakupów, codziennych porządków domowych, dostawy/przygotowania posiłków (wydatki na zakupy ponosi Ubezpieczony), podlewania kwiatów;
  - 7) **proces rehabilitacyjny** – na podstawie pisemnego zalecenia rehabilitacji od Lekarza prowadzącego leczenie w poradni rehabilitacyjnej lub w Miejscu zamieszkania. Koszty procesu rehabilitacyjnego to:
    - a) koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej i koszty zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych w poradni rehabilitacyjnej, albo
    - b) koszty przyjazdu rehabilitanta do Miejsca zamieszkania i koszty wykonywanych tam zabiegów rehabilitacyjnych, oraz
    - c) koszty konsultacji lekarskiej z lekarzem rehabilitacji w celu określenia konkretnych zabiegów (w przypadku, gdy zabiegi nie zostały określone przez Lekarza prowadzącego leczenie);
  - 8) **wypożyczenie lub zakup i dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego** – do Miejsca zamieszkania (wraz z ewentualnym transportem powrotnym wypożyczonego Sprzętu rehabilitacyjnego), na podstawie pisemnego zalecenia używania Sprzętu rehabilitacyjnego od Lekarza prowadzącego leczenie. O wypożyczeniu lub zakupie Sprzętu rehabilitacyjnego decyduje Ubezpieczony;
  - 9) **Transport medyczny:**
    - a) **do Placówki medycznej** – na podstawie pisemnego zalecenia wizyty w Placówce medycznej od Lekarza prowadzącego leczenie i w sytuacji, gdy według wiedzy Lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego,
    - b) **pomiędzy Placówkami medycznymi** – w przypadku pobytu w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego lub w przypadku skierowania przez Lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej,
    - c) **z Placówki medycznej** – do Miejsca zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia Transportu medycznego od Lekarza prowadzącego leczenie.
5. Ubezpieczyciel zapewni organizację i pokryje koszty świadczeń wymienionych w ust. 4 do łącznej kwoty 3 500 zł, co stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Dodatkowo w ramach infolinii medycznej Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do:
  - 1) danych teled adresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia w razie Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku;
  - 2) informacji na temat działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży;
  - 3) danych teled adresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
  - 4) danych teled adresowych placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny;
  - 5) informacji o niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych;
  - 6) informacji o dietach, zdrowym żywieniu;
  - 7) danych teled adresowych domów pomocy społecznej, hospicjów;
  - 8) danych teled adresowych aptek czynnych przez całą dobę.
7. Zakres świadczeń assistance i infolinii medycznej określa poniższa Tabela nr 1:

#### Asystent Szpitalny

Rodzaj świadczenia	Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zdarzenie ubezpieczeniowe
wizyta u lekarza specjalisty	3 500 zł	Pobyt w Szpitalu trwający co najmniej dobę, zaistniały w Okresie ubezpieczenia
transport i zakwaterowanie wskazanej przez Ubezpieczonego osoby		
dostarczenie rzeczy osobistych Ubezpieczonego do Szpitala		
opieka pielęgniarska		
dostarczenie leków		
pomoc domowa		
proces rehabilitacyjny		
wypożyczenie lub zakup i dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego		
Transport medyczny: – do Placówki medycznej – pomiędzy Placówkami medycznymi – z Placówki medycznej		
infolinia medyczna		

#### Artykuł 4. Limit kwotowy

Łączny limit kwotowy w odniesieniu do świadczeń wskazanych w art. 3 ust. 4 wynosi 3 500 zł, dotyczy każdego Ubezpieczonego i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniałe w Okresie ubezpieczenia.

#### Artykuł 5. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

- Przewidziane w niniejszym dokumencie świadczenia nie przysługują, a więc Ubezpieczyciel nie ma obowiązku organizowania i ponoszenia kosztów wskazanych powyżej w art. 3 świadczeń, jeśli Pobyt w Szpitalu nastąpił w wyniku:
  - działań wojennych, czynnego udziału w Aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
  - Choroby przewlekłej lub jej zaostrzenia, co wynika z dokumentacji medycznej;
  - usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania;
  - zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, kuracji wycieczkowej lub leczenia skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu;
  - pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;
  - spożycia przez Ubezpieczonego leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza;
  - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
  - 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;
  - uprawiania sportów motorowych lub motorowodnych, uczestnictwa w rajdach samochodowych lub rajdach motocyklowych, jazdy motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym;
  - uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych;
  - podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
  - fizycznych obrażeń ciała powstałych przed datą wejścia w życie umowy dodatkowej;
  - wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
  - Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorób współistniejących z wirusem HIV: zakażeń oportunistycznych, nowotworów, encefalopatii, zespołu wyniszczenia (wyczerpania);
  - chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych Umową ubezpieczenia assistance;
  - promieniowania jądrowego lub stosowania energii jądrowej zarówno w warunkach pokojowych, jak i podczas wojny;
  - leczenia lub operacji migdałków w okresie pierwszych 180 dni od daty wejścia w życie Umowy ubezpieczenia assistance.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Pobytu w Szpitalu związanego z wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz w celu wykonania diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Pobytu w Szpitalu związanego z rehabilitacją, jakkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia lub w ośrodku rehabilitacji.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance lub zwrot kosztów świadczeń wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

#### Artykuł 6. Postępowanie w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i realizacja świadczeń

- W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca zobowiązana jest niezwłocznie skontaktować się z Ubezpieczycielem, pod numerem telefonu (+48 22) 591 95 23 i podać dostępne informacje niezbędne do realizacji świadczeń na rzecz Ubezpieczonego:
  - dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz PESEL lub datę urodzenia);
  - datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (datę postawienia diagnozy Choroby lub datę zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku oraz datę początku Pobytu w Szpitalu);
  - rodzaj wymaganej pomocy;
  - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z osobą zgłaszającą.
- W celu realizacji świadczeń assistance wymienionych w art. 3 ust. 4 pkt 1-9 Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca zobowiązana jest przesłać do Ubezpieczyciela, w sposób ustalony z Ubezpieczycielem, dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego wraz z pisemnym zaleceniem lub skierowaniem od Lekarza prowadzącego leczenie, zgodnie z opisem dla danego świadczenia.
- Jeżeli Ubezpieczony z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty świadczeń assistance, powinien poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela w terminie 7 dni od dnia, kiedy skontaktowanie z Ubezpieczycielem stało się możliwe. Ubezpieczyciel zwraca ww. koszty świadczeń na podstawie przedłożonych Ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających fakt zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienia tych kosztów (rachunki i dowody zapłaty lub ich kopie), z zastrzeżeniem, że Ubezpieczyciel zwraca koszty poniesione do wysokości rzeczywistych poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do łącznego limitu kwotowego określonego w art. 4.
- W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi do 5 Dni roboczych, licząc od dnia przesłania do Ubezpieczyciela dokumentów, chyba że Ubezpieczony lub osoba, która zgłosiła Zdarzenie ubezpieczeniowe, wskaże termin późniejszy.
- Jeżeli Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełniła któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1-3, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub zakres świadczeń, Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

#### Artykuł 7. Prawa i obowiązki z tytułu Umowy ubezpieczenia assistance

- Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca ma prawo do zgłoszenia Ubezpieczycielowi Zdarzenia ubezpieczeniowego, począwszy od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia.
- Osoba, o której mowa w ust. 1 powyżej, w celu prawidłowej realizacji świadczeń wskazanych w art. 3, powinna postępować zgodnie z dyspozycjami wydanymi przez Ubezpieczyciela.
- Do obowiązków Ubezpieczyciela należą:
  - przyjmowanie i rejestracja zgłoszeń Zdarzeń ubezpieczeniowych;
  - informowanie osoby zgłaszającej zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
  - weryfikacja uprawnień Ubezpieczonego do świadczeń przysługujących na podstawie Umowy ubezpieczenia assistance;
  - rozpatrywanie roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia assistance.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do wypełniania obowiązków niezbędnych do realizacji Umowy ubezpieczenia assistance, a w szczególności do:
  - przekazywania SWU osobom obejmowanym ochroną ubezpieczeniową – przed złożeniem Wniosku o przystąpienie do umowy;
  - terminowego przekazywania składek należnych z tytułu Umowy ubezpieczenia assistance za wszystkich Ubezpieczonych;
  - dostarczania Ubezpieczycielowi listy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia assistance i występujących z Umowy ubezpieczenia assistance, na zasadach opisanych w Umowie ubezpieczenia assistance;
  - niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o zmianie danych Ubezpieczonych (jeśli jest w ich posiadaniu), niezbędnych do prawidłowego wykonywania Umowy ubezpieczenia assistance.

#### Artykuł 8. Postanowienia końcowe

- Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia assistance Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy ubezpieczenia assistance bądź ich spadkobiercy mogą złożyć do Ubezpieczyciela w formie:
  - ustnej – telefonicznie pod numerem telefonu: 22 522 26 40 (od poniedziałku do piątku, w dni robocze w godzinach 8-16), albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela;

- 2) pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;  
3) korespondencji elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia assistance złożone do Ubezpieczającego będą przekazywane do Ubezpieczyciela.
  3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia assistance 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 za pośrednictwem poczty tradycyjnej 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 Oddziału Ubezpieczyciela. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest niezwłocznie w formie pisemnej, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 4 wyżej.
  6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia assistance, 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 assistance przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w Ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w Ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: [www.rf.gov.pl](http://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](http://www.rf.gov.pl)
8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie Umowy ubezpieczenia assistance.
  9. Prawem właściwym dla SWU jest prawo polskie.
  10. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia assistance bądź ich spadkobiercami jest język polski.
  11. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia assistance można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
  12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia assistance można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia assistance.
  13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia assistance można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia assistance.
  14. Niniejsze SWU przyjęte zostały uchwałą Ubezpieczyciela nr U/009/2019 z dnia 09.04.2019 r. i wchodzi w życie z dniem 15.04.2019 r.

# Zasady ochrony prywatności ubezpieczających i ubezpieczonych

**AWP P&C S.A. Oddział w Polsce** („my”, „nas”, „nasze”), jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawniane. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

## 1. Kim jest administrator danych?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych, który odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C S.A. Oddział w Polsce jest właśnie administratorem** danych.

## 2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, zgodnie z poniższym wykazem:

- Nazwisko, imię (imiona)
- PESEL
- Adres zameldowania i zamieszkania
- Data urodzenia
- Płeć
- Nr dokumentu tożsamości
- Numery telefonów
- Adres e-mail
- Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym
- Numer rejestracyjny pojazdu
- Numer VIN pojazdu

Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, takie jak dane z dokumentacji medycznej lub świadectw zgonu czy historii szkód.

## 3. W jaki sposób będziemy uzyskiwać i wykorzystywać Państwa dane osobowe?

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel	Czy wyrażają Państwo zgodę?
Zarządzanie umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód)	Nie (z wyjątkiem sytuacji kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji kiedy nie są Państwo naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych, dlatego np. osoba zgłaszająca szkodę pytana jest o zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych).
W celu informowania Państwa, lub umożliwienia spółkom z Grupy AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami za pośrednictwem poczty elektronicznej lub telefonicznie, bądź w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie

Na cele określone powyżej, nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem sytuacji kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiaru nabycia naszych produktów i usług. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwrócą lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb.

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży.

Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili stworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych. Przykładowo, im więcej dużych szkód miało miejsce w danym miejscu, które zamierzają Państwo odwiedzić, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do zakwestionowania tej decyzji, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

## 4. Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i spółkom usługowym w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępniemy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

- w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, połączenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zasobów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub

- w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

## 5. Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regułami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. BCR oraz wykaz spółek należących do grupy, które są zobowiązane do ich stosowania, można znaleźć tu [www.mondial-assistance.pl](http://www.mondial-assistance.pl). W wypadku gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

## 6. Jakie uprawnienia przysługują Państwu w odniesieniu do danych osobowych?

O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- uzyskania swoich danych osobowych w formie elektronicznej na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na dane <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

## 7. Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniemy dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy.

W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

## 8. Jak długo przechowujemy dane osobowe?

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe 10 lat od daty ustania stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 10 letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń.

W przypadku danych naszych kontrahentów (dane podwykonawców i reprezentantów podwykonawców) będziemy je przetrzymywać co najmniej przez 5 lat od końca roku, w którym zakończy się nasza współpraca. Okres ten wynika z przepisów prawa m.in. ustawy o rachunkowości.

W przypadku danych pracowniczych obowiązkowy okres przechowywania danych wynosi 50 lat i wynika on z Kodeksu pracy.

Nie będziemy przechowywać Państwa danych osobowych dłużej niż jest to konieczne, i będziemy je przechowywać jedynie w celach, w których je uzyskaliśmy.

## 9. Jak można się z nami skontaktować?

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu wykorzystania przez nas Państwa danych osobowych, można się z nami skontaktować pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

**AWP P&C S.A. Oddział w Polsce**  
Inspektor Ochrony Danych Osobowych  
**ul. Domaniewska 50B**  
**02-672 Warszawa**  
E-mail: [iodopl@mondial-assistance.pl](mailto:iodopl@mondial-assistance.pl)

Można również skontaktować się z nami za pomocą Formularza Wniosku o Dostęp do Danych dostępnego na <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

## 10. Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?

Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej dostępna była zawsze ich aktualna wersja [www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx](http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx), a ponadto o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście. Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce **01.05.2018**.

## AWP P&C S.A. Oddział w Polsce

Siedziba: ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, Polska, Tel.: +48 22 522 25 00, Fax: +48 22 522 25 23, [www.mondial-assistance.pl](http://www.mondial-assistance.pl), sekretariat@mondial-assistance.pl, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000189340, NIP 107-00-00-164, REGON 015647690, Kapitał zakładowy spółki macierzystej: 17 287 285 EUR, wpłacony w całości.  
© AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, 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 0000028131; 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 TUNŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. MetLife TUNŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.  
© MetLife TUNŻiR S.A., 2019