

Szczególne Warunki Ubezpieczenia

Asystent w Walce z Poważną Chorobą do Umowy dodatkowej Poważne Choroby (F)

Informacja dotycząca ubezpieczenia Asystent w Walce z Poważną Chorobą

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

Szczególne Warunki Ubezpieczenia do Umowy dodatkowej Poważne Choroby (F)

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Asystent w Walce z Poważną Chorobą (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 Poważne Choroby (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;
- Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
- Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego w związku z Poważną Chorobą;
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela;
- Miejsce zamieszkania** – mieszkanie lub dom jednorodzinny na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, którego adres został wskazany przez Ubezpieczonego przy zawieraniu Umowy dodatkowej Poważne Choroby (F). Ubezpieczony może w każdej chwili wskazać inny adres zamiast poprzednio wskazanego adresu;
- Okres ubezpieczenia** – okres ochrony danego Ubezpieczonego, odpowiadający okresowi ochrony w ramach Umowy dodatkowej Poważne Choroby (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;
- Poważna Choroba** – wymieniona poniżej, zdiagnozowana u Ubezpieczonego Choroba lub zalecane leczenie operacyjne u Ubezpieczonego, których odpowiednio diagnoza lub konieczność przeprowadzenia została potwierdzona przez Lekarza prowadzącego leczenie w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:
 - 1) zawał mięśnia sercowego;
 - 2) udar;
 - 3) operacja pomostowania naczyń wieńcowych;
 - 4) operacja zastawek serca;
 - 5) operacja aorty;
 - 6) wewnątrznaczyniowe leczenie aorty;
 - 7) pierwotne nadciśnienie płucne;
 - 8) angioplastyka wieńcowa przezskórna;
 - 9) masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie;
 - 10) kardiomiopatia;
 - 11) operacja tętniaka mózgu;
 - 12) zabieg embolizacji tętniaka tętnic mózgowych;
 - 13) bakteryjne zapalenie wsierdza;
 - 14) stwardnienie rozsiane;
 - 15) paraliż (całkowity niedowład);
 - 16) dystrofia mięśniowa;
 - 17) choroba neuronu ruchowego;
 - 18) choroba Parkinsona;
 - 19) bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych;
 - 20) zespół apaliczny (odmłodzeniowy);
 - 21) choroba Alzheimera;
 - 22) ropień mózgu leczony operacyjnie;
 - 23) anemia (niedokrwistość) aplastyczna;
 - 24) zapalenie tarczycy Hashimoto;
 - 25) schyłkowa niewydolność nerek;
 - 26) schyłkowa niewydolność wątroby;
 - 27) choroba Leśniowskiego-Crohna;
 - 28) wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie;
 - 29) przeszczep narządów z przyczyn nieonkologicznych;
 - 30) schyłkowa niewydolność płuc;
 - 31) poważne oparzenia;
 - 32) postępująca twardzina układowa;
 - 33) toczeń rumieniowaty układowy;
 - 34) piorunujące wirusowe zapalenie wątroby;
 - 35) wirusowe zapalenie mózgu;
 - 36) zakażenie HIV (w wyniku transfuzji krwi lub w wyniku narażenia zawodowego);
 - 37) sepsa;
 - 38) tężec;
 - 39) choroba Creutzfeldta-Jakoba;
 - 40) gruźlica;
 - 41) borelioza;
 - 42) bąblowica mózgu leczona operacyjnie;
 - 43) malaria;
 - 44) cholera;
 - 45) żółta gorączka;
 - 46) schistosomatoza (bilharczoza);
 - 47) gorączka denga;
 - 48) utrata wzroku (w jednym lub obu oczach);
 - 49) śpiączka;
 - 50) utrata mowy (w następstwie urazu lub choroby strun głosowych);
 - 51) utrata słuchu (obu uszu);
- Sanatorium** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład lecznictwa uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa), zgodnie z art. 6 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych;
- 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 0000028131;

13. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, objęta ochroną w ramach Umowy dodatkowej Poważne Choroby (F), która została zgłoszona do Umowy ubezpieczenia assistance przez Ubezpieczającego;
14. **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;
15. **Umowa dodatkowa Poważne Choroby (F)** – część umowy ubezpieczenia na życie MetLife Każdy Ważny, zapewniająca dodatkową ochronę ubezpieczeniową na wypadek zdiagnozowania poważnej choroby;
16. **Umowa ubezpieczenia assistance** – umowa ubezpieczenia assistance, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, do której mają zastosowanie SWU;
17. **Wniosek o przystąpienie do umowy** – elektroniczny wniosek złożony Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego, wyrażający wolę Ubezpieczonego bycia objętym ochroną na podstawie Umowy dodatkowej Poważne Choroby (F), do której dodawana jest Umowa ubezpieczenia assistance;
18. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – objęta odpowiedzialnością Ubezpieczyciela diagnoza Poważnej Choroby.

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

1. Do Umowy ubezpieczenia assistance może zostać zgłoszona przez Ubezpieczającego osoba objęta ochroną z tytułu Umowy dodatkowej Poważne Choroby (F).
2. Ubezpieczający jest zobowiązany zgłosić osobę, o której mowa w ust. 1, na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia assistance oraz przekazać tej osobie SWU.
3. Składkę za Ubezpieczonych, zgłoszonych przez Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi, uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia assistance.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dacie wejścia w życie Umowy dodatkowej Poważne Choroby (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.
5. 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.
6. 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.
7. 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 Poważne Choroby (F) na warunkach w niej określonych;
 - 3) w przypadku nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego w terminie wymagalności i o ile składka nie zostanie zapłaconą 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 następujących świadczeń na rzecz Ubezpieczonego:
 - 1) świadczeń medycznych;
 - 2) świadczenia sanatoryjnego, wskazanych w ust. 4 (Tabela nr 1), w razie zdiagnozowania w Okresie ubezpieczenia Poważnej Choroby objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, w granicach i do limitów wskazanych w art. 4.
3. Ponadto Ubezpieczyciel zapewnia dostęp do świadczeń informacyjnych (infolinia medyczna) w Okresie ubezpieczenia.
4. Zakres świadczeń wymienionych w ust. 2 i 3 określa poniższa Tabela nr 1:

Asystent w Walce z Poważną Chorobą

Zdarzenie ubezpieczeniowe: diagnoza Poważnej Choroby

Świadczenia medyczne		Limity na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe	
Maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania w odniesieniu do każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego		5	
Konsultacje lekarskie	1. Chirurg	Świadczenia do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	Do wyczerpania maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
	2. Okulista		
	3. Otolaryngolog		
	4. Ortopeda		
	5. Kardiolog		
	6. Neurolog		
	7. Pulmonolog		
	8. Lekarz rehabilitacji		
	9. Neurochirurg		
	10. Psycholog		
Diagnostyka laboratoryjna	11. <ul style="list-style-type: none"> • mocz – badanie ogólne • OB • morfologia • APTT • PT • fibrynogen • glukoza • elektrolity (sód i potas) • lipidogram • próby wątrobowe • amylaza • mocznik • TSH • kreatynina • kwas moczowy • proteinogram • ferrytyna • wapń całkowity • fosfor nieorganiczny • magnez • CRP ilościowo • HBs przeciwciała • HCV przeciwciała • IgE całkowite 		

Rehabilitacja	<ul style="list-style-type: none"> 12. • Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości • Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości • Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF – jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje) • Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna • Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów • Kinezytaping • Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia • Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów – podczerwień (sollux) • Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów – ultrafiolet • Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów – ultradźwięki • Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów – jonoforeza • Galwanizacja • Elektrostymulacja • Tonoliza • Prądy diadynamiczne • Prądy interferencyjne • Prądy Kotza • Prądy Tens • Prądy Traberta • Impulsowe pole magnetyczne • Laseroterapia (skaner, punktowo) • Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów – okłady ciepłe lub zimne (termożele) • Krioterapia – miejscowa • Krioterapia – zabieg w kriokomorze 	Maksymalnie jedno (1) świadczenie (do 10 zabiegów stanowiących łącznie 1 świadczenie)	Do wyczerpania maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania
Badania specjalistyczne	13. RTG	Świadczenia do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	
	14. USG		
	15. Rezonans magnetyczny	Maksymalnie jedno (1) badanie	
	16. Tomografia komputerowa	Maksymalnie jedno (1) badanie	
Świadczenie sanatoryjne		Limity	
<p>Sanatorium – na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie. Świadczenie obejmuje transport Ubezpieczonego z Miejsca zamieszkania do Sanatorium, transport powrotny oraz niżej wymienione koszty pobytu w Sanatorium:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zakwaterowanie; 2) wyżywienie; 3) zalecane zabiegi. 		2 000 zł	

Świadczenia informacyjne (na życzenie Ubezpieczonego)

Infolinia medyczna – telefoniczna informacja na temat:

- danych teled adresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
- danych teled adresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
- danych teled adresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
- danych teled adresowych domów pomocy społecznej, hospicjów;
- danych teled adresowych aptek czynnych przez całą dobę;
- działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami;
- sposobów, w jaki należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
- diet, zasad zdrowego żywienia.

5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub zwrot kosztów świadczeń opisanych w ust. 4 (Tabela nr 1) wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Artykuł 4. Limity

Świadczenia medyczne

1. Ustalone w SWU limity ilościowe świadczeń medycznych stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniałe w Okresie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel spełnia świadczenie medyczne do wysokości limitów określonych w Tabeli nr 1, z uwzględnieniem maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania.
3. Maksymalna liczba świadczeń, o której mowa w ust. 2, oznacza, że z 16 (szesnastu) dostępnych świadczeń medycznych przysługuje łącznie maksymalnie 5 (pięć) świadczeń możliwych do wykorzystania.
4. Realizacja któregokolwiek ze świadczeń medycznych pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń do wykorzystania, z uwzględnieniem postanowień ust. 5.
5. W ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego rodzaju świadczenia, z wyłączeniem poniższych świadczeń:
 - 1) rehabilitacja,
 - 2) rezonans magnetyczny,
 - 3) tomografia komputerowa,

dla których w Tabeli nr 1 ustalono odrębne limity. Korzystanie z danego świadczenia spośród wymienionych w pkt 1)-3) niniejszego ustępu w ramach ustalonego limitu oznacza wykorzystanie jednego świadczenia w ramach maksymalnej liczby świadczeń. Takie świadczenie medyczne może być wykorzystane tylko 1 (jeden) raz w odniesieniu do każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego w Okresie ubezpieczenia.

- Świadczenie Diagnostyka laboratoryjna traktowane jest jako jedno świadczenie z maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez Lekarza prowadzącego leczenie w związku z wystąpieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Świadczenie sanatoryjne

- Na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniałe w Okresie ubezpieczenia przysługuje organizacja i pokrycie maksymalnie 1 (jednego) pobytu w Sanatorium, do wysokości maksymalnego łącznego limitu kwotowego 2 000 zł (dwóch tysięcy złotych).

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 Poważna Choroba nastąpiła w wyniku:

- Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorób współistniejących z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania), przy czym niniejsze wykluczenie nie ma zastosowania do zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi lub w wyniku narażenia zawodowego;
- wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, 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;
- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- działań wojennych, czynnego udziału w Aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania;
- podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

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

- W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w celu skorzystania ze świadczeń wymienionych w art. 3 ust. 4 (Tabela nr 1), Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca zobowiązana jest skontaktować się z Ubezpieczycielem, pod numerem telefonu (+48 22) 591 95 23 i podać dostępne informacje niezbędne do realizacji świadczeń:
 - dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz PESEL lub datę urodzenia);
 - datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - rodzaj wymaganej pomocy;
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z osobą zgłaszającą.
- W celu realizacji świadczeń wymienionych w art. 3 ust. 4 Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca zobowiązana jest przesłać do Ubezpieczyciela, w sposób ustalony z Ubezpieczycielem, następujące dokumenty:
 - diagnozę medyczną wystawioną przez Lekarza prowadzącego leczenie, potwierdzającą zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, zawierającą datę postawienia rozpoznania (diagnozy) Poważnej Choroby;
 - w zakresie świadczeń medycznych, oprócz dokumentów wymienionych w pkt 1 – kopię skierowania Lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia konsultacji, badań lub zalecenia dodatkowych świadczeń, zgodnie z opisem dla danego świadczenia;
 - w zakresie świadczenia sanatoryjnego, oprócz dokumentów wymienionych w pkt 1:
 - pisemne zalecenie od Lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskiej bądź skierowanie na takie leczenie lub rehabilitację,
 - pisemne potwierdzenie z NFZ o pozytywnej kwalifikacji do Sanatorium.
- Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
- W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie 3 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.
- 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.
- 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.
- W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń medycznych wynosi do 5 Dni roboczych, licząc od dnia przesłania do Ubezpieczyciela dokumentów, o których mowa w ust. 2 lub ust. 5, chyba że Ubezpieczony lub osoba, która zgłosiła Zdarzenie ubezpieczeniowe, wskaże termin późniejszy.
- W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczenia sanatoryjnego wynosi do 10 Dni roboczych, licząc od dnia przesłania do Ubezpieczyciela dokumentów, o których mowa w ust. 2 lub ust. 5, chyba że Ubezpieczony lub osoba, która zgłosiła Zdarzenie ubezpieczeniowe, wskaże termin późniejszy.
- Koszty świadczeń medycznych i świadczenia sanatoryjnego realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszych SWU pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Artykuł 7. Prawa i obowiązki z tytułu Umowy ubezpieczenia assistance

- Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca ma prawo do zgłoszenia Ubezpieczycielowi Zdarzenia ubezpieczeniowego, poczynwszy 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 należy:
 - 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 objętym 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

1. 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:
 - 1) 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.
- 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. 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. 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

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, 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, 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