

MetLife *START55*

Dodatkowa ochrona assistance

Wybierając dedykowane umowy dodatkowe w ramach **MetLife *START55***, jesteś objęty ochroną z tytułu umów ubezpieczenia realizowanych przez naszego partnera Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce. Zapewniają one dostęp do szerokiej gamy procedur medycznych oraz usług assistance, obejmujących szeroko rozumianą pomoc w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku.



Powody, dla których warto mieć dostęp do świadczeń assistance

Assistance

- ▶ Pomoc w razie **nagłego zachorowania, nieszczęśliwego wypadku** lub **diagnozy nowotworu**
- ▶ **Szeroki zakres świadczeń i procedur medycznych**
- ▶ **Dodatkowe wsparcie organizacyjne** w trudnych momentach życia
- ▶ **Dostęp do usług i wybranych placówek medycznych** na terenie całego kraju
- ▶ Oferta dostępna **wyłącznie dla Klientów MetLife** w ramach umowy **MetLife *START55***

Zapraszamy do kontaktu z Centrum Pomocy Inter Partner Assistance



Każde zdarzenie ubezpieczeniowe należy zgłosić do Centrum Pomocy w ciągu 48 godzin od jego zaistnienia pod numer telefonu: +48 22 575 99 57

Wcześniej przygotowanie poniższych danych ułatwi rejestrację zgłoszenia i jak najszybsze udzielenie pomocy:

1. imię, nazwisko Ubezpieczonego,
2. numer PESEL,
3. adres Miejsca zamieszkania lub Miejsca pobytu,
4. data zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
5. telefon kontaktowy,
6. krótki opis zaistniałego zdarzenia,
7. inne informacje niezbędne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce

Od blisko 20 lat zapewnia usługi assistance w Polsce, obsługując tysiące spraw rocznie i **obejmując ochroną 5 milionów Polaków**. W sieci partnerów medycznych Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce znajduje się obecnie **ponad 700 ambulatoryjnych placówek medycznych** oraz **blisko 60 placówek szpitalnych**, spełniających ściśle określone standardy pod względem jakości świadczonych usług. Świadczenia medyczne realizowane są **w 250 miejscowościach** na terenie całego kraju.

Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Assistance Opieka”

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 (Tabela nr 1), § 4 WU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 ust. 1-3 (Tabela nr 1), § 8, § 9 ust. 2 WU

Postanowienia ogólne § 1

- Niniejsze Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Assistance Opieka”, zwane dalej „WU”, mają zastosowanie do Umowy Ramowej Ubezpieczenia zawartej pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, zwanym dalej „Ubezpieczycielem”, a MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A., zwanym dalej „Ubezpieczającym” lub „MetLife”.
- Umowę ubezpieczenia zawiera się na rachunek klientów Ubezpieczającego, zdefiniowanych dalej jako „Ubezpieczeni”, przystępujących do umowy ubezpieczenia „Pakiet Assistance Opieka” w ramach umowy dodatkowej „Ubezpieczenie rentowe z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji”.

Definicje § 2

Pojęciem określonym w niniejszych WU nadaje się znaczenie określone poniżej.

- Amatorskie uprawianie sportów** – aktywność sportowa, której celem jest rekreacja i rozrywka.
- Centrum Pomocy** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68 – przedstawiciel Ubezpieczyciela, za pośrednictwem którego udzielane są świadczenia assistance, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Ubezpieczającego.
- Choroba przewlekła** – diagnozowany przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczony stale lub okresowo, lub będący przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.
- Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
- Lekarz Centrum Pomocy** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Pomocy i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Pomocy.
- Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu.
- Miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym przebywa Ubezpieczony.
- Miejsce zamieszkania** – adres miejsca zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, podany w momencie zgłoszenia roszczenia do Centrum Pomocy.
- Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia Ubezpieczonemu pomocy medycznej.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym.
- Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
- Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływanie korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych.

- Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu funkcjonowanie w Miejscu zamieszkania lub w Miejscu pobytu.
- Tymczasowe unieruchomienie** – będąca następstwem Zdarzenia ubezpieczeniowego konieczność przebywania Ubezpieczonego w Miejscu zamieszkania lub w Miejscu pobytu min. 4 tygodnie, zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego.
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej „Ubezpieczenie rentowe z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji” zawartej z MetLife, która w dacie zawarcia tej umowy ukończyła 55. rok życia, a nie ukończyła 76. roku życia.
- Zakres terytorialny** – w odniesieniu zarówno do realizowanych świadczeń, jak i miejsca wystąpienia Zdarzeń ubezpieczeniowych ubezpieczenie obejmuje wyłącznie terytorium Polski.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy „Pakiet Assistance Opieka”, które miało miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, uprawniające do skorzystania ze świadczeń zgodnie z Tabelą nr 1 poniżej oraz zgodnie z opisem tych świadczeń. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje pod warunkiem, że zdarzenie ubezpieczeniowe wywołało Tymczasowe unieruchomienie.
- Zwierzę domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies, z wyłączeniem ras uznawanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa (Ustawa z dnia 21.08.1997 r. o ochronie zwierząt).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia § 3

- Przedmiot ubezpieczenia stanowi organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług assistance określonych w niniejszych WU, świadczonych na rzecz Ubezpieczonych za pośrednictwem Centrum Pomocy w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego dla poszczególnych świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 poniżej, w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Świadczenia oraz limit kosztów usług assistance przysługujące Ubezpieczonemu w zakresie świadczeń assistance określone są w Tabeli nr 1 poniżej.

Tabela nr 1 – Świadczenia assistance: Tabela świadczeń i limitów

Zakres produktu	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunek dodatkowy	Limit kwotowy na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Wizyta pielęgniarki – zabiegi pielęgniarskie	Nagle zachorowanie/ Nieszczęśliwy wypadek	Tymczasowe unieruchomienie (zalecenie lekarza prowadzącego do przebywania Ubezpieczonego w Miejscu zamieszkania lub w Miejscu pobytu min. 4 tygodnie)	5000 zł
Dostarczenie leków			
Pomoc domowa			
Wizyty rehabilitanta			
Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego			
Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego	Wniosek Ubezpieczonego		Bez limitu
Opieka nad zwierzętami domowymi w Miejscu zamieszkania			
Infolinia medyczna			
Infolinia SENIOR			

3. Jeżeli koszt świadczeń assistance wynikających z niniejszych WU przypadających na Zdarzenie ubezpieczeniowe przekroczy limit kosztów wskazany w Tabeli nr 1 powyżej, usługa assistance może zostać wykonana przez Centrum Pomocy, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a limitem dla określonego świadczenia.

Zakres świadczeń assistance § 4

W ramach świadczeń wymienionych w Tabeli nr 1 powyżej Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty poniższych usług (w zależności od opisu świadczeń) w wysokości nieprzekraczającej podany w Tabeli nr 1 limit właściwy dla danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

1. Wizyta pielęgniarki – zabiegi pielęgniarские

Dojazd i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w Miejscu pobytu Ubezpieczonego (poza Placówką medyczną), w przypadku gdy w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu swojego pobytu (poza Placówką medyczną) – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

2. Dostarczenie leków

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez Lekarza prowadzącego i – zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Ubezpieczony (z uwagi na swój stan zdrowia) musi przebywać w domu, Centrum Pomocy zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Miejsca pobytu Ubezpieczonego (poza Placówką medyczną) leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Pomocy recepty niezbędnej do wykupienia leków. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu leków, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

3. Pomoc domowa

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony będzie Tymczasowo unieruchomiony i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w Miejscu pobytu, Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty honorarium i dojazdu pomocy domowej do Miejsca pobytu Ubezpieczonego, pod warunkiem, iż Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Świadczenie obejmuje pomoc w następującym zakresie:

- 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
- 2) codzienne porządki domowe,
- 3) dostawa/przygotowanie posiłków,
- 4) opieka nad Zwierzętami domowymi,
- 5) podlewanie kwiatów.

Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu jakichkolwiek materiałów lub środków spożywczych związanych z zapewnieniem pomocy domowej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

4. Wizyty rehabilitanta

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga Rehabilitacji zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty specjalisty w zakresie rehabilitacji w Miejscu pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej).

5. Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu tego sprzętu.

6. Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej).

7. Opieka nad zwierzętami domowymi w Miejscu zamieszkania

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest Tymczasowo unieruchomiony, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty opieki nad Zwierzęciem domowym pozostającym w Miejscu zamieszkania w zakresie karmienia, wyprawiania na spacer oraz utrzymywania higieny. Jeżeli po wykorzystaniu limitu na zdarzenie będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Centrum Pomocy dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez schronisko, hotel lub pensjonat dla zwierząt na koszt Ubezpieczonego. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów karmy dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny używanych podczas sprawowania opieki. Świadczenie jest realizowane, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca przebywania Zwierząt domowych i okazał przedstawicielowi Centrum Pomocy aktualną książeczkę szczepień zwierzęcia, potwierdzającą wykonanie niezbędnych szczepień.

8. Infolinia medyczna

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na następujące tematy:

- 1) NATYCHMIASTOWA POMOC – stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasad jej udzielania,
- 2) UKĄSZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
- 3) JEDNOSTKI CHOROBOWE – jednostek chorobowych, w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,
- 4) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diet (np. zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowych,

cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, redukcyjnych), zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,

- 5) PROFILAKTYKA – profilaktyki zachorowań na grype, profilaktyki antynikotynowej,
- 6) OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
- 7) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- 8) BADANIA KONTROLNE – niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- 9) LEKI – leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, poziomu refundacji leków,
- 10) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- 11) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- 12) GRUPY WSPARCIA – grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- 13) PRZED PODRÓŻĄ – działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, tj. szczepień, specyfikacji danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

Ponadto w ramach świadczenia Centrum Pomocy zapewni Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM. Centrum Pomocy udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Polski:

- 1) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Pomocy,
- 2) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 3) placówek diagnostycznych, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencyjne oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych), odnowy biologicznej, rekomendowanych przez Centrum Pomocy,
- 4) aptek znajdujących się na terytorium Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- 5) placówek opieki społecznej i hospicjów,
- 6) placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.

9. Infolinia SENIOR

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- 1) postępowania w schorzeniach wieku podeszłego,
- 2) objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków oraz interakcji z innymi lekami,
- 3) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- 4) opisów/wyników wykonanych badań,
- 5) aktywności ruchowej w wieku podeszłym,
- 6) zasad żywienia osób starszych,
- 7) zasad codziennej higieny,
- 8) jak zaopatrzyć się w środki pomocnicze.

Ponadto w ramach świadczenia Centrum Pomocy zapewni Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM.

Przystąpienie do ubezpieczenia § 5

1. Przystąpienie do ubezpieczenia jest dobrowolne.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje na podstawie oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu.

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności § 6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela i okres umowy ubezpieczenia „Pakiet Assistance Opieka” rozpoczyna się w dniu wejścia w życie umowy dodatkowej „Ubezpieczenie rentowe z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji” zawartej z MetLife, pod warunkiem zawarcia ww. umowy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w jednym ze wskazanych poniżej przypadków, w zależności od tego, który z nich nastąpi wcześniej:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) 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,
 - c) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczonego od umowy dodatkowej „Ubezpieczenie rentowe z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji” złożonego w terminie 30 dni od daty jej zawarcia,
 - d) w przypadku wypowiedzenia umowy dodatkowej „Ubezpieczenie rentowe z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji” zawartej z MetLife, z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka,
 - e) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy dodatkowej „Ubezpieczenie rentowe z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji” zawartej z MetLife.

W przypadku określonym w punkcie 2a), 2c) i 2e) Ubezpieczyciel zwróci część składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Składka § 7

Składkę do Ubezpieczyciela uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie Ramowej Ubezpieczenia.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 8

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - 2) strajków, niepokoju społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenie w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela,
 - 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego, w stosunku do którego miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
2. W przypadku świadczeń wymagających zwolnienia służb medycznych udzielających pomocy medycznej Ubezpieczonemu, w związku z zaistnieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia Ubezpieczonego, gdy udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na powyższe w stosunku do Ubezpieczyciela i podmiotów działających w jego imieniu. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, pod warunkiem, iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia.
3. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru oraz działań wojennych i zbrojnych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru i aktów przemocy oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - 2) szkód powstałych na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - 3) Chorób psychicznych Ubezpieczonego,
 - 4) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 5) popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - 6) prowadzenia pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia pojazdu,
 - 7) uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
 - 8) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 9) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 10) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na własną prośbę.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zostało zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
6. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem Chorób przewlekłych.
7. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów planowanego leczenia.
8. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - 1) wyczynowego i zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportowych, przez co rozumie się regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach sportowych albo imprezach i obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu,
 - 2) Amatorskiego uprawiania sportów: powietrznych, motorowych, motorowodnych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenia w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi, tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego.
9. Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowane przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Pomocy bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Pomocy.
11. W ramach świadczenia Dostarczenie leków Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
12. W przypadku świadczenia Zakup lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie Sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.
13. Informacje udzielane w ramach infolinii mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.

Zasady organizacji świadczeń

§ 9

1. W celu uzyskania świadczenia Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest zawiadomić o zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy w ciągu 48 godzin od jego zaistnienia, nie później jednak niż w terminie

30 dni od daty jego wystąpienia lub niezwłocznie po ustaniu przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu, uniemożliwiających wcześniejsze zawiadomienie, telefonując pod numer telefonu **+48 22 575 99 57** (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora) i podając następujące dane:

- 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL,
 - 3) adres Miejsca zamieszkania lub Miejsca pobytu,
 - 4) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia,
 - 7) inne informacje niezbędne Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
2. W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 w terminie w nim zawartym, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli niewykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
 3. W celu realizacji pierwszego świadczenia w ramach świadczeń, o których mowa w § 4, w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest po zgłoszeniu telefonicznym do Centrum Pomocy wypełnić, otrzymany od Centrum Pomocy za pośrednictwem poczty tradycyjnej, poczty e-mail, faksu, „Wniosek o realizację świadczeń” i przekazać go do Centrum Pomocy, dołączając kopie:
 - 1) skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia świadczeń,
 - 2) dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku.Ww. dokumenty należy przelać na adres Centrum Pomocy pocztą tradycyjną lub pocztą e-mailową na adres: metliffe@ipa.com.pl.
 4. W celu realizacji kolejnych świadczeń, o których mowa w § 4, w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać na adres Centrum Pomocy kopię skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia świadczeń pocztą tradycyjną lub pocztą e-mailową na adres: metliffe@ipa.com.pl.
 5. W celu realizacji świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 2 (Dostarczenie leków), Ubezpieczony zobowiązany jest po zgłoszeniu telefonicznym do Centrum Pomocy wypełnić, otrzymany od Centrum Pomocy za pośrednictwem poczty tradycyjnej, poczty mail, faksu, „Wniosek o dostarczenie leków” i przekazać go do Centrum Pomocy, dołączając kopie recepty.
 6. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 3, 4 i 5 powyżej, Lekarz Centrum Pomocy w terminie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, podejmie decyzję, czy spełnione zostały medyczne przesłanki do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
 7. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy, a zwłaszcza przekazać inne dokumenty, o które wnioskuje Centrum Pomocy, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania.
 8. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanego „Wniosku o realizację świadczeń”, o którym mowa w ust. 3, Centrum Pomocy, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
 9. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 wynosi 3 dni robocze, o ile Ubezpieczony nie wskáže konkretnego terminu, w którym chciałby skorzystać ze świadczenia.
 10. W przypadku nieuznania odpowiedzialności w zakresie wnioskowanych przez Ubezpieczonego świadczeń, Centrum Pomocy poinformuje telefonicznie Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy. Na prośbę Ubezpieczonego informacja o odmowie realizacji świadczenia przesyłana jest przez Centrum Pomocy w formie pisemnej.
 11. Ubezpieczony zobowiązany jest użyć dostępnych mu środków, aby ograniczyć zwiększenie się skutków Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Roszczenia regresowe

§ 10

1. Z dniem zapłaty świadczenia lub odszkodowania przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, do wysokości wypłaconego przez Ubezpieczyciela świadczenia (roszczenie regresowe).
2. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń co do pozostałej części szkody przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.
5. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczonego praw przysługujących mu od osób trzecich z tytułu wyrządzonych szkód bez zgody Ubezpieczyciela, może on odmówić wypłaty świadczenia odpowiednio w całości lub części, lub zażądać zwrotu wypłaconego świadczenia.

Postępowanie reklamacyjne

§ 11

1. Na potrzeby niniejszego paragrafu przyjmuje się następujące definicje:
 - 1) Reklamacja – wystąpienie Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela,
 - 2) Klient – będący osobą fizyczną Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia.
2. Niniejsze postępowanie reklamacyjne zostało zatwierdzone Zarządzeniem Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce nr 10/2015 z dnia 09.10.2015 r. i wchodzi w życie od dnia 11.10.2015 r., określa zasady zgłaszania i rozpatrywania Reklamacji zgłaszanych przez Klienta, dotyczących usług świadczo-

- nych przez Ubezpieczyciela, wynikających z niniejszych WU, zgodnie z Ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
3. Reklamacja może zostać złożona do Działu Jakości Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej:
 - a) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub
 - b) przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela:
Dział Jakości
Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa,
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: quality@ipa.com.pl.
 4. Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
 - 1) pełen adres korespondencyjny lub
 - 2) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - 3) wskazanie umowy ubezpieczenia zawartej z MetLife,
 - 4) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację,
 - 5) oczekiwane działania.
 5. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
 6. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
 7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
 8. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy wskazany w ust. 4 pkt 1), chyba że Klient wnosil o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w ust. 4 pkt 2).
 9. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
 10. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze WU, właściwym jest prawo polskie.
 11. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
 12. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.

Warszawa, 28 listopada 2016 roku

Warunki Ubezpieczenia „Szpitalny Pakiet Assistance”

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 (Tabela nr 1), § 4 WU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 ust. 1-3 (Tabela nr 1), § 8, § 9 ust. 2 WU

Postanowienia ogólne § 1

- Niniejsze Warunki Ubezpieczenia „Szpitalny Pakiet Assistance”, zwane dalej „WU”, mają zastosowanie do Umowy Ramowej Ubezpieczenia zawartej pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, zwanym dalej „Ubezpieczycielem”, a MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A., zwanym dalej „Ubezpieczającym” lub „MetLife”.
- Umowę ubezpieczenia zawiera się na rachunek klientów Ubezpieczającego, zdefiniowanych dalej jako „Ubezpieczeni”, przystępujących do umowy ubezpieczenia „Szpitalny Pakiet Assistance” w ramach umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji i operacji w wyniku NW lub choroby”.

Definicje § 2

Pojęciem określonym w niniejszych WU nadaje się znaczenie określone poniżej.

- Amatorskie uprawianie sportów** – aktywność sportowa, której celem jest rekreacja i rozrywka.
- Centrum Pomocy** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68 – przedstawiciel Ubezpieczyciela, za pośrednictwem którego udzielane są świadczenia assistance, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Ubezpieczającego.
- Choroba przewlekła** – diagnozowany przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczony stale lub okresowo, lub będący przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.
- Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
- Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji określonego w opisie świadczeń i Tabeli nr 1, stanowiącego warunek realizacji poszczególnych świadczeń.
- Lekarz Centrum Pomocy** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Pomocy i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Pomocy.
- Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu.
- Miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym przebywa Ubezpieczony.
- Miejsce zamieszkania** – adres miejsca zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, podany w momencie zgłoszenia roszczenia do Centrum Pomocy.
- Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia Ubezpieczonemu pomocy medycznej.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym.
- Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraź-

nej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.

- Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływanie korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych.
- Roczny okres ubezpieczenia** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami ubezpieczenia z tytułu umowy „Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji i operacji w wyniku NW lub choroby” włącznie z tymi rocznicami. Pierwszy rok obowiązywania umowy „Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji i operacji w wyniku NW lub choroby” rozpoczyna się od początku objęcia ochroną z tytułu tej umowy.
- Szpital** – działający zgodnie z prawem podmiot prowadzący działalność leczniczą, udzielający świadczeń szpitalnych, przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego. Za Szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka rehabilitacyjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
- Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie.
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji i operacji w wyniku NW lub choroby” zawartej z MetLife, która w dacie zawarcia tej umowy ukończyła 55. rok życia, a nie ukończyła 76. roku życia.
- Zakres terytorialny** – w odniesieniu zarówno do realizowanych świadczeń, jak i miejsca wystąpienia Zdarzeń ubezpieczeniowych ubezpieczenie obejmuje wyłącznie terytorium Polski.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy „Szpitalny Pakiet Assistance”, które miało miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, uprawniające do skorzystania ze świadczeń zgodnie z Tabelą nr 1 poniżej oraz zgodnie z opisem tych świadczeń. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje, jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany przez przynajmniej 4 dni.
- Zwierzę domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies, z wyłączeniem ras uznawanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa (Ustawa z dnia 21.08.1997 r. o ochronie zwierząt).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia § 3

- Przedmiot ubezpieczenia stanowi organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług assistance określonych w niniejszych WU, świadczonych na rzecz Ubezpieczonych za pośrednictwem Centrum Pomocy w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego dla poszczególnych świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 poniżej, w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Świadczenia oraz limity kosztów usług assistance przysługujące Ubezpieczonemu w zakresie świadczeń assistance określone są w Tabeli nr 1 poniżej.

Tabela nr 1 – Świadczenia assistance: Tabela świadczeń i limitów

Zakres świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunek dodatkowy	Limit kwotowy na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Limit ilościowy na Zdarzenie ubezpieczeniowe		
Wizyta lekarza specjalisty: chirurg, urolog, okulista, otolaryngolog, ortopeda, kardiolog, neurolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, neurochirurg, psycholog	Nagle zachorowanie/ Nieszczęśliwy wypadek	Min. 4 dni Hospitalizacji	3500 zł	Maks. 2 wizyty na zdarzenie ubezpieczeniowe		
Rehabilitacja				Maks. 2 rehabilitacje w rocznym okresie ubezpieczenia		
Dostarczenie i refundacja leków				Dostarczenie leków: brak limitu, refundacja leków: 2 razy na zdarzenie ubezpieczeniowe		
Opieka pielęgniarska i domowa po Hospitalizacji				Brak limitu		
Transport osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego				Brak limitu		
Zakwaterowanie osoby wskazanej na czas hospitalizacji Ubezpieczonego				Brak limitu		
Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego				Maks. 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia		
Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego				Maks. 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia		
Transport do Placówki medycznej				Brak limitu		
Transport pomiędzy Placówkami medycznymi				Brak limitu		
Transport z Placówki medycznej				Brak limitu		
Dostarczenie rzeczy osobistych do Szpitala				Brak limitu		
Infolinia medyczna				Wniosek Ubezpieczonego	Brak limitu	Brak limitu
Infolinia SENIOR						Brak limitu

3. Jeżeli koszt świadczeń assistance wynikających z niniejszych WU przypadających na Zdarzenie ubezpieczeniowe przekroczy limit kosztów wskazany w Tabeli nr 1 powyżej, usługa assistance może zostać wykonana przez Centrum Pomocy, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a limitem dla określonego świadczenia.

Zakres świadczeń assistance § 4

W ramach świadczeń wymienionych w Tabeli nr 1 powyżej Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty poniższych usług (w zależności od opisu świadczeń) w wysokości nieprzekraczającej podany w Tabeli nr 1 limit właściwy dla danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

1. Wizyta lekarza specjalisty

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt Ubezpieczonego u niżej wymienionych lekarzy specjalistów:

- 1) chirurg,
- 2) urolog,
- 3) okulista,
- 4) otolaryngolog,
- 5) ortopeda,
- 6) kardiolog,
- 7) neurolog,
- 8) pulmonolog,
- 9) lekarz rehabilitacji,
- 10) neurochirurg,
- 11) psycholog.

2. Rehabilitacja

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga Rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

- 1) wizyt fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej) albo
- 2) wizyt w najbliższej Miejscu pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej.

3. Dostarczenie i refundacja leków

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez Lekarza prowadzącego i – zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Ubezpieczony (z uwagi na swój stan zdrowia) musi przebywać w domu, Centrum Pomocy zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Miejsca pobytu Ubezpieczonego (poza Placówką medyczną) leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego oraz koszt samych leków. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Pomocy recepty niezbędnej do wykupienia leków.

4. Opieka pielęgniarska i domowa po Hospitalizacji

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany przez przynajmniej 4 dni i – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – po zakończeniu Hospitalizacji konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu:

- 1) pomocy w Miejscu zamieszkania – Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty honorarium i dojazdu pomocy domowej do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, pod warunkiem, iż Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Świadczenie obejmuje pomoc w następującym zakresie:
 - a. zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - b. codzienne porządki domowe,
 - c. dostawa/przygotowanie posiłków,
 - d. opieka nad Zwierzętami domowymi,
 - e. podlewanie kwiatów,

- 2) opieki pielęgniarskiej w Miejscu zamieszkania – Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki, w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki medycznej i pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w miejscu pobytu Ubezpieczonego.

Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu jakichkolwiek środków spożywczych, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania pomocy domowej lub opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

5. Transport osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga Hospitalizacji, na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu osoby wskazanej przez Ubezpieczonego z miejsca jej pobytu na terytorium Polski do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest hospitalizowany oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terytorium Polski. Transport odbywa się:

- 1) taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km),
- 2) pociągiem I klasy lub autobusem,
- 3) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin (w tym transport taksówką do i z dworca/lotniska).

6. Zakwaterowanie osoby wskazanej na czas Hospitalizacji Ubezpieczonego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga Hospitalizacji, na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania (nocleg z wliczonym śniadaniem) osoby wskazanej przez Ubezpieczonego w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek znajdującym się najbliższej Miejsca Hospitalizacji Ubezpieczonego.

7. Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu tego sprzętu.

8. Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej).

9. Transport do Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z Miejsca jego pobytu do odpowiedniej Placówki medycznej dostosowanej do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w oparciu o dane o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

10. Transport pomiędzy Placówkami medycznymi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy Placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Pomocy i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabieg lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony.

11. Transport z Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony przebywa w Placówce medycznej i – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

12. Dostarczenie rzeczy osobistych do Szpitala

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony trafił do Szpitala, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, takich jak: odzież, przybory toaletowe, okulary, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez Ubezpieczonego ww. przedmiotów przedstawicielowi Centrum Pomocy. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu ww. artykułów.

13. Infolinia medyczna

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na następujące tematy:

- 1) NATYCHMIASTOWA POMOC – stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasad jej udzielania,
- 2) UKĄSZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
- 3) JEDNOSTKI CHOROBOWE – jednostek chorobowych, w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,
- 4) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diet (np. zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowych, cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, redukcyjnych), zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
- 5) PROFILAKTYKA – profilaktyki zachorowań na grype, profilaktyki antynikotynowej,
- 6) OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
- 7) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- 8) BADAŃIA KONTROLNE – niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- 9) LEKI – leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, poziomu refundacji leków,
- 10) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- 11) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- 12) GRUPY WSPARCIA – grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- 13) PRZED PODRÓŻĄ – działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, tj. szczepień, specyfiki danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

Ponadto w ramach świadczenia Centrum Pomocy zapewni Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM. Centrum Pomocy udzieli informacji na temat danych teledresowych działających na terytorium Polski:

- 1) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, Szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Pomocy,
- 2) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 3) placówek diagnostycznych, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych), odnowy biologicznej, rekomendowanych przez Centrum Pomocy,
- 4) aptek znajdujących się na terytorium Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- 5) placówek opieki społecznej i hospicjów,
- 6) placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.

14. Infolinia SENIOR

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- 1) postępowania w schorzeniach wieku podeszłego,
- 2) dawkowania leków, objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków oraz interakcji z innymi lekami,
- 3) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- 4) opisów/wyników wykonanych badań,
- 5) aktywności ruchowej w wieku podeszłym,
- 6) zasad żywienia osób starszych,
- 7) zasad codziennej higieny,
- 8) jak zaopatrzyć się w środki pomocnicze.

Ponadto w ramach świadczenia Centrum Pomocy zapewni Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM.

Przystąpienie do ubezpieczenia

§ 5

1. Przystąpienie do ubezpieczenia jest dobrowolne.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje na podstawie oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu.

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

§ 6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela i okres umowy ubezpieczenia „Szpitalny Pakiet Assistance” rozpoczyna się w dniu wejścia w życie umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji i operacji w wyniku NW lub choroby” zawartej z MetLife, pod warunkiem zawarcia ww. umowy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w jednym ze wskazanych poniżej przypadków, w zależności od tego, który z nich nastąpi wcześniej:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) w przypadku nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego w terminie wymagalności i 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,
 - c) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczonego od umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji i operacji w wyniku NW lub choroby” złożonego w terminie 30 dni od daty jej zawarcia,
 - d) w przypadku wypowiedzenia umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji i operacji w wyniku NW lub choroby” zawartej z MetLife, z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka,
 - e) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji i operacji w wyniku NW lub choroby” zawartej z MetLife.

W przypadku określonym w punkcie 2a), 2c) i 2e) Ubezpieczyciel zwróci część składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Składka

§ 7

Składkę do Ubezpieczyciela uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie Ramowej Ubezpieczenia.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 8

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - 2) strajków, niepokojów społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenie w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela,
 - 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
2. W przypadku świadczeń wymagających zwolnienia służb medycznych udzielających pomocy medycznej Ubezpieczonemu, w związku z zaistnieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia Ubezpieczonego, gdy udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na powyższe w stosunku do Ubezpieczyciela i podmiotów działających w jego imieniu. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, pod warunkiem, iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia.
3. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru oraz działań wojennych i zbrojnych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru i aktów przemocy oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - 2) szkód powstałych na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - 3) Chorób psychicznych Ubezpieczonego,
 - 4) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 5) popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - 6) prowadzenia pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia pojazdu,
 - 7) uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
 - 8) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 9) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 10) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na własną prośbę.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zostało zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.

6. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem Chorób przewlekłych.
7. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów planowanego leczenia.
8. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - 1) wyczynowego i zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportowych, przez co rozumie się regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach sportowych albo imprezach i obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu,
 - 2) Amatorskiego uprawiania sportów: powietrznych, motorowych, motorowodnych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenia w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi, tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego.
9. Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowane przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń Lekarza Centrum Pomocy bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami Lekarza Centrum Pomocy.
11. W ramach świadczenia Dostarczenie i refundacja leków Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
12. W przypadku świadczenia Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie Sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.
13. Informacje udzielane w ramach infolinii mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.
9. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 wynosi:
 - 1) do 5 dni roboczych w przypadku wizyty u lekarzy specjalistów,
 - 2) do 3 dni roboczych w przypadku pozostałych świadczeń assistance, o ile Ubezpieczony nie wskaże konkretnego lekarza czy placówki lub późniejszego terminu, w którym chciałby skorzystać ze świadczenia.
10. W przypadku nieuznania odpowiedzialności w zakresie wnioskowanych przez Ubezpieczonego świadczeń, Centrum Pomocy poinformuje telefonicznie Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy. Na prośbę Ubezpieczonego informacja o odmowie realizacji świadczenia przesyłana jest przez Centrum Pomocy w formie pisemnej.
11. Świadczenia realizowane są w Placówkach medycznych należących do sieci medycznej Centrum Pomocy.
12. Ubezpieczony zobowiązany jest użyć dostępnych mu środków, aby ograniczyć zwiększenie się skutków Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Roszczenia regresowe **§ 10**

1. Z dniem zapłaty świadczenia lub odszkodowania przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, do wysokości wypłaconego przez Ubezpieczyciela świadczenia (roszczenie regresowe).
2. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń co do pozostałej części szkody przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.
5. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczonego praw przysługujących mu od osób trzecich z tytułu wyrządzonych szkód bez zgody Ubezpieczyciela, może on odmówić wypłaty świadczenia odpowiednio w całości lub części, lub zażądać zwrotu wypłaconego świadczenia.

Zasady organizacji świadczeń **§ 9**

1. W celu uzyskania świadczenia Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest zawiadomić o zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy w ciągu 48 godzin od jego zaistnienia, nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty jego wystąpienia lub niezwłocznie po ustaniu przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu, uniemożliwiających wcześniejsze zawiadomienie, telefonując pod numer telefonu **+48 22 575 99 57** (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora) i podając następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL,
 - 3) adres Miejsca zamieszkania lub Miejsca pobytu,
 - 4) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia,
 - 7) inne informacje niezbędne Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
2. W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 w terminie w nim zawartym, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli niewykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
3. W celu realizacji pierwszego świadczenia w ramach świadczeń, o których mowa w § 4, w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest po zgłoszeniu telefonicznym do Centrum Pomocy wypełnić, otrzymany od Centrum Pomocy za pośrednictwem poczty tradycyjnej, poczty e-mail, faksu, „Wniosek o realizację świadczeń” i przekazać go na adres Centrum Pomocy, dołączając kopie:
 - 1) skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia wizyty lekarza specjalisty, rehabilitacji lub dodatkowych świadczeń,
 - 2) dotyczących zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku.

Ww. dokumenty należy przesać na adres Centrum Pomocy pocztą tradycyjną lub pocztą e-mailową na adres: metlife@ipa.com.pl.
4. W celu realizacji kolejnych świadczeń, o których mowa w § 4, w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać na adres Centrum Pomocy kopię skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia świadczeń pocztą tradycyjną lub pocztą e-mailową na adres: metlife@ipa.com.pl.
5. W celu realizacji świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 3 (Dostarczenie i refundacja leków), Ubezpieczony zobowiązany jest po zgłoszeniu telefonicznym do Centrum Pomocy wypełnić, otrzymany od Centrum Pomocy za pośrednictwem poczty tradycyjnej, poczty e-mail, faksu, „Wniosek o dostarczenie lekarstw” i przekazać go na adres Centrum Pomocy, dołączając kopie recepty.
6. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 3, 4 i 5 powyżej, Lekarz Centrum Pomocy w terminie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, podejmie decyzję, czy spełnione zostały medyczne przesłanki do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
7. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy, a zwłaszcza przekazać inne dokumenty, o które wnioskuje Centrum Pomocy, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania.
8. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanego „Wniosku o realizację świadczeń”, o którym mowa w ust. 3, Centrum Pomocy, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Postępowanie reklamacyjne **§ 11**

1. Na potrzeby niniejszego paragrafu przyjmuje się następujące definicje:
 - 1) Reklamacja – wystąpienie Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela,
 - 2) Klient – będący osobą fizyczną Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia.
2. Niniejsze postępowanie reklamacyjne zostało zatwierdzone Zarządzeniem Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce nr 10/2015 z dnia 09.10.2015 r. i wchodzi w życie od dnia 11.10.2015 r., określa zasady zgłaszania i rozpatrywania Reklamacji zgłaszanych przez Klienta, dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, wynikających z niniejszych WU, zgodnie z Ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
3. Reklamacja może zostać złożona do Działu Jakości Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej:
 - a) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub
 - b) przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela:
Dział Jakości
Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa,
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: quality@ipa.com.pl.
4. Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
 - 1) pełen adres korespondencyjny lub
 - 2) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - 3) wskazanie umowy ubezpieczenia zawartej z MetLife,
 - 4) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację,
 - 5) oczekiwane działania.
5. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
6. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
7. W szczególności skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
8. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy wskazany w ust. 4 pkt 1), chyba że Klient wnosil o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w ust. 4 pkt 2).
9. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
10. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze WU, właściwym jest prawo polskie.
11. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
12. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.

Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Assistance Diagnoza Nowotworu”

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 (Tabela nr 1), § 4 WU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 ust. 1-6 (Tabela nr 1), § 8, § 9 ust. 2 WU

Postanowienia ogólne § 1

- Niniejsze Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Assistance Diagnoza Nowotworu”, zwane dalej „WU”, mają zastosowanie do Umowy Ramowej Ubezpieczenia zawartej pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, zwanym dalej „Ubezpieczycielem”, a MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A., zwanym dalej „Ubezpieczającym” lub „MetLife”.
- Umowę ubezpieczenia zawiera się na rachunek klientów Ubezpieczającego, zdefiniowanych dalej jako „Ubezpieczeni”, przystępujących do umowy ubezpieczenia „Pakiet Assistance Diagnoza Nowotworu” w ramach umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu złośliwego i innej zmiany nowotworowej”.

Definicje § 2

Pojęciom określonym w niniejszych WU nadaje się znaczenie określone poniżej.

- Centrum Pomocy** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Prostej 68 – przedstawiciel Ubezpieczyciela, za pośrednictwem którego udzielane są świadczenia assistance, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Ubezpieczającego.
- Choroba przewlekła** – diagnozowany przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczony stale lub okresowo, lub będący przyczyną Hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.
- Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
- Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny.
- Lekarz Centrum Pomocy** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Pomocy i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Pomocy.
- Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu.
- Miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym przebywa Ubezpieczony.
- Miejsce zamieszkania** – adres miejsca zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, podany w momencie zgłoszenia roszczenia do Centrum Pomocy.
- Nowotwór** – jednostka chorobowa jednoznacznie rozpoznana w badaniu histopatologicznym przez lekarza patomorfologa lub anatomopatologa i oznaczona kodem

od C00 do C97 lub od D00 do D09, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10. Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV,
- wszelkie guzy w badaniu histopatologicznym określone jako o granicznej złośliwości.
- Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
- Rozpoznanie** – rozpoznanie Nowotworu potwierdzone w badaniu histopatologicznym (opisane cechy komórek nowotworowych) przez lekarza patomorfologa lub anatomopatologa.
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu złośliwego i innej zmiany nowotworowej” zawartej z MetLife, która w dacie zawarcia tej umowy ukończyła 55. rok życia, a nie ukończyła 76. roku życia.
- Zakres terytorialny** – w odniesieniu zarówno do realizowanych świadczeń, jak i miejsca wystąpienia Zdarzeń ubezpieczeniowych ubezpieczenie obejmuje wyłącznie terytorium Polski.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy „Pakiet Assistance Diagnoza Nowotworu”, które miało miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, uprawniające do skorzystania ze świadczeń zgodnie z Tabelą nr 1 poniżej oraz zgodnie z opisem tych świadczeń.
- Zwierzę domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies, z wyłączeniem ras uznawanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa (Ustawa z dnia 21.08.1997 r. o ochronie zwierząt).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia § 3

- Przedmiot ubezpieczenia stanowi organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów świadczeń assistance określonych w niniejszych WU, świadczonych na rzecz Ubezpieczonych za pośrednictwem Centrum Pomocy w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego dla poszczególnych świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 poniżej, w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Świadczenia oraz limity kosztów usług przysługujące Ubezpieczonemu w zakresie świadczeń assistance określone są w Tabeli nr 1 poniżej.
- Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 15 świadczeń assistance na Zdarzenie ubezpieczeniowe, uwzględniając limity na poszczególne świadczenia assistance określone w Tabeli nr 1 poniżej.

Tabela nr 1 – Świadczenia assistance: Tabela świadczeń i limitów

Zakres produktu	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe
POMOC MEDYCZNA		
1. Konsultacja – Chirurgia onkologiczna	Nowotwór	Maks. 2 konsultacje na zdarzenie
2. Konsultacja – Endokrynologia		Maks. 2 konsultacje na zdarzenie
3. Konsultacja – Gastroenterologia		Maks. 2 konsultacje na zdarzenie
4. Konsultacja – Hematologia		Maks. 2 konsultacje na zdarzenie
5. Konsultacja – Neurochirurgia		Maks. 2 konsultacje na zdarzenie

Zakres produktu	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Limit na Zdarzenie ubezpieczeniowe	
POMOC MEDYCZNA			
6. Konsultacja – Neurologia	Nowotwór	Maks. 2 konsultacje na zdarzenie	
7. Konsultacja – Okulistyka		Maks. 2 konsultacje na zdarzenie	
8. Konsultacja – Onkologia		Maks. 2 konsultacje na zdarzenie	
9. Konsultacja – Proktologia		Maks. 2 konsultacje na zdarzenie	
10. Konsultacja – Urologia		Maks. 2 konsultacje na zdarzenie	
11. Konsultacja – Dermatologia		Maks. 2 konsultacje na zdarzenie	
12. Badania laboratoryjne (w tym badanie markerów nowotworowych)*		✓	
13. Tomografia komputerowa*		1 badanie na zdarzenie	
14. Ultrasonografia*		✓	
15. Badania endoskopowe		1 badanie na zdarzenie	
16. Rezonans magnetyczny*	1 badanie na zdarzenie		
POMOC OPIEKUŃCZA			
17. Opieka pielęgniarska	Nowotwór	4 wizyty na zdarzenie	
18. Transport osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji		✓	
19. Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji		4 doby hotelowe na zdarzenie	
20. Transporty do Placówki medycznej		✓	
21. Transporty pomiędzy Placówkami medycznymi		✓	
22. Transporty z Placówki medycznej		✓	
23. Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny		✓	
24. Pomoc domowa po Hospitalizacji		4 wizyty po 4 godziny każda w okresie kolejnych 14 dni na zdarzenie	
ŚWIADCZENIA INFORMACYJNO-ORGANIZACYJNE			
25. Infolinia SENIOR		Na życzenie Ubezpieczonego	Tak
26. Telefoniczna Informacja Medyczna	Na życzenie Ubezpieczonego	Tak	

* Szczegółowy zakres procedur medycznych w odniesieniu do powyższej tabeli znajduje się w Załączniku nr 1 do niniejszych WU.

- Jeżeli koszt świadczeń assistence wynikających z niniejszych WU przypadający na Zdarzenie ubezpieczeniowe przekroczy limit kosztów wskazany w Tabeli nr 1 powyżej, świadczenie assistence może zostać wykonane przez Centrum Pomocy, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a limitem dla określonego świadczenia.
- Ubezpieczyciel spełnia świadczenie do wysokości limitów ubezpieczenia określonych w Tabeli nr 1 z uwzględnieniem maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania. Maksymalna liczba świadczeń oznacza, że z 26 dostępnych świadczeń Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 15 świadczeń z zakresu Pomocy medycznej i Pomocy opiekuńczej możliwych do wykorzystania na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe.
- Świadczenie Badania laboratoryjne traktowane jest jako jedno świadczenie z Maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, niezależnie od liczby wydanych skierowań i zleceń do wykonania badań w związku z wystąpieniem danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Zakres świadczeń assistence § 4

W ramach świadczeń wymienionych w Tabeli nr 1 powyżej Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty poniższych usług (w zależności od opisu świadczeń) w wysokości nieprzekraczającej podany w Tabeli nr 1 limit właściwy dla danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POMOC MEDYCZNA

1. Konsultacje lekarzy specjalistów

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt Ubezpieczonego u lekarzy poniższych specjalizacji:

- 1) Chirurgia onkologiczna
- 2) Endokrynologia
- 3) Gastroenterologia
- 4) Hematologia
- 5) Neurochirurgia
- 6) Neurologia
- 7) Okulistyka
- 8) Onkologia
- 9) Proktologia
- 10) Urologia
- 11) Dermatologia

2. Badania laboratoryjne

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań laboratoryjnych Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

3. Tomografia komputerowa

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty tomografii komputerowej Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

4. Ultrasonografia

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań ultrasonograficznych Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

5. Badania endoskopowe

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań endoskopowych Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

6. Rezonans magnetyczny

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty rezonansu magnetycznego Ubezpieczonego w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1.

POMOC OPIEKUŃCZA

7. Opieka pielęgniarska

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu swojego pobytu (poza Placówką medyczną) – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego – Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w Miejscu pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

8. Transport osoby wskazanej w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga Hospitalizacji, na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu osoby wskazanej przez Ubezpieczonego z miejsca jej pobytu na terytorium Polski do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest hospitalizowany oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terytorium Polski. Transport odbywa się:

- 1) taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km),
- 2) pociągiem I klasy lub autobusem,
- 3) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin (w tym transport taksówką do i z dworca/lotniska).

9. Zakwaterowanie osoby wskazanej na czas Hospitalizacji Ubezpieczonego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga Hospitalizacji, na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania (nocleg z wliczonym śniadaniem) osoby wskazanej przez Ubezpieczonego w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek, znajdującym się najbliższej miejsca Hospitalizacji Ubezpieczonego.

10. Transport do Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z miejsca jego

pobytu do odpowiedniej Placówki medycznej dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w oparciu o dane o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

11. Transport pomiędzy Placówkami medycznymi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy Placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Pomocy i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabieg lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony.

12. Transport z Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony przebywa w Placówce medycznej i – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

13. Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego przed upływem roku od dnia zakończenia Hospitalizacji powinien udać się na wizytę kontrolną do Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego na taką wizytę oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

14. Pomoc domowa po Hospitalizacji

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany i po zakończonej Hospitalizacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w Miejscu zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty honorarium i dojazdu pomocy domowej do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, pod warunkiem, iż Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Świadczenie obejmuje pomoc w następującym zakresie:

- 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
- 2) codzienne porządki domowe,
- 3) dostawa/przygotowanie posiłków,
- 4) opieka nad Zwierzętami domowymi,
- 5) podlewanie kwiatów.

Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu jakichkolwiek materiałów lub środków spożywczych związanych z zapewnieniem pomocy domowej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

ŚWIADCZENIA INFORMACYJNO-ORGANIZACYJNE

15. Infolinia SENIOR

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- 1) postępowania w schorzeniach wieku podeszłego,
- 2) dawkowania leków, objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu oraz interakcji z innymi lekami,
- 3) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- 4) opisów/wyników wykonanych badań,
- 5) aktywności ruchowej w wieku podeszłym,
- 6) zasad żywienia osób starszych,
- 7) zasad codziennej higieny,
- 8) jak zaopatrzyć się w środki pomocnicze.

Ponadto w ramach świadczenia Centrum Pomocy zapewnia Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM.

16. Infolinia medyczna

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- 1) NATYCHMIASTOWA POMOC – stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasadach jej udzielania,
- 2) UKĄSZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
- 3) JEDNOSTKI CHOROBOWE – jednostek chorobowych, w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,
- 4) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diet (np. zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatobiałkowych, cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, cukrzycowych, redukcyjnych), zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
- 5) PROFILAKTYKA – profilaktyki zachorowań na grype, profilaktyki antyniukotynowej,
- 6) OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
- 7) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- 8) BADAŃIA KONTROLNE – niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- 9) LEKI – leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, poziomowi refundacji leków,
- 10) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- 11) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,

- 12) GRUPY WSPARCIA – grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- 13) PRZED PODRÓŻĄ – działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, tj. szczepień, specyfiki danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

Ponadto w ramach świadczenia Centrum Pomocy zapewnia Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM.

Centrum Pomocy udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Polski:

- 1) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, Szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Pomocy,
- 2) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 3) placówek diagnostycznych, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych), odnowy biologicznej rekomendowanych przez Centrum Pomocy,
- 4) aptek znajdujących się na terytorium Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- 5) placówek opieki społecznej i hospicjów,
- 6) placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.

Przystąpienie do ubezpieczenia § 5

1. Przystąpienie do ubezpieczenia jest dobrowolne.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje na podstawie oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu.

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności § 6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela i okres umowy ubezpieczenia „Pakiet Assistance Diagnoza Nowotworu” rozpoczyna się w dniu wejścia w życie umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu złośliwego i innej zmiany nowotworowej” zawartej z MetLife, pod warunkiem zawarcia ww. umowy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w jednym ze wskazanych poniżej przypadków, w zależności od tego, który z nich nastąpi wcześniej:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) 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,
 - c) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczonego od umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu złośliwego i innej zmiany nowotworowej” złożonego w terminie 30 dni od daty jej zawarcia,
 - d) w przypadku wypowiedzenia umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu złośliwego i innej zmiany nowotworowej” zawartej z MetLife, z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka,
 - e) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu złośliwego i innej zmiany nowotworowej” zawartej z MetLife.

W przypadku określonym w punkcie 2a), 2c) i 2e) Ubezpieczyciel zwróci część składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Składka § 7

Składkę do Ubezpieczyciela uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie Ramowej Ubezpieczenia.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela § 8

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - 2) strajków, niepokojów społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenie w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela,
 - 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
2. W przypadku świadczeń wymagających zwolnienia służb medycznych udzielających pomocy medycznej Ubezpieczonemu, w związku z zaistnieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia Ubezpieczonego, gdy udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na powyższe w stosunku do Ubezpieczyciela i podmiotów działających w jego imieniu. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, pod warunkiem, iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia.
3. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru oraz działań wojennych i zbrojnych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru i aktów przemocy oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,

- 2) szkód powstałych na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - 3) Chorób psychicznych Ubezpieczonego,
 - 4) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 5) popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - 6) prowadzenia pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia pojazdu,
 - 7) uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
 - 8) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 9) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 10) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na własną prośbę.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zostało zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
6. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem Chorób przewlekłych.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z powodu Nowotworów, które współegzystują z zakażeniem wirusem HIV w czasie Rozpoznania.
8. Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowanej przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń Lekarza Centrum Pomocy bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami Lekarza Centrum Pomocy.
10. Informacje udzielane w ramach infolinii mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.

Roszczenia regresowe § 10

1. Z dniem zapłaty świadczenia lub odszkodowania przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, do wysokości wypłaconego przez Ubezpieczyciela świadczenia (roszczenie regresowe).
2. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń co do pozostałej części szkody przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.
5. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczonego praw przysługujących mu od osób trzecich z tytułu wyrządzonych szkód bez zgody Ubezpieczyciela, może on odmówić wypłaty świadczenia odpowiednio w całości lub części, lub zażądać zwrotu wypłaconego świadczenia.

Zasady organizacji świadczeń § 9

1. W celu uzyskania świadczenia Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest zawiadomić o zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy w ciągu 48 godzin od jego zaistnienia, a później jednak niż w terminie 30 dni od daty jego wystąpienia lub niezwłocznie po ustaniu przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu, uniemożliwiających wcześniejsze zawiadomienie, telefonując pod numer telefonu **+48 22 575 99 57** (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora) i podając następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL,
 - 3) adres Miejsca zamieszkania lub Miejsca pobytu,
 - 4) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia,
 - 7) inne informacje niezbędne Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
2. W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 w terminie w nim zawartym, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli niewykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
3. W celu realizacji pierwszego świadczenia w ramach świadczeń, o których mowa w § 4, w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest po zgłoszeniu telefonicznym do Centrum Pomocy wypełnić, otrzymany od Centrum Pomocy za pośrednictwem poczty tradycyjnej, poczty e-mail, faksu, „Wniosek o realizację świadczeń” i przekazać go na adres Centrum Pomocy, dołączając kopie:
 - 1) skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń,
 - 2) badań histopatologicznych (opisane cechy komórek nowotworowych) wykonanych przez lekarza patomorfologa lub anatomopatologa.
 Ww. dokumenty należy przelać na adres Centrum Pomocy pocztą tradycyjną lub pocztą e-mailową na adres: metlife@ipa.com.pl.
4. W celu realizacji kolejnych świadczeń, o których mowa w § 4, w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać do Centrum Pomocy kopię skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń pocztą tradycyjną na adres Centrum Pomocy lub pocztą e-mailową na adres: metlife@ipa.com.pl.
5. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 3 i 4 powyżej, Lekarz Centrum Pomocy w terminie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, podejmie decyzję, czy spełnione zostały medyczne przesłanki do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
6. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy, a zwłaszcza przekazać inne dokumenty, o które wnioskuje Centrum Pomocy, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania.
7. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanego „Wniosku o realizację świadczeń”, o którym mowa w ust. 3, Centrum Pomocy, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Postępowanie reklamacyjne § 11

1. Na potrzeby niniejszego paragrafu przyjmuje się następujące definicje:
 - 1) Reklamacja – wystąpienie Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela,
 - 2) Klient – będący osobą fizyczną Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia.
2. Niniejsze postępowanie reklamacyjne zostało zatwierdzone Zarządzeniem Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce nr 10/2015 z dnia 09.10.2015 r. i wchodzi w życie od dnia 11.10.2015 r., określa zasady zgłaszania i rozpatrywania Reklamacji zgłaszanych przez Klienta, dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, wynikających z niniejszych WU, zgodnie z Ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
3. Reklamacja może zostać złożona do Działu Jakości Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej:
 - a) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub
 - b) przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela:
Dział Jakości
Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa,
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: quality@ipa.com.pl.
4. Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
 - 1) pełen adres korespondencyjny lub
 - 2) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - 3) wskazanie umowy ubezpieczenia zawartej z MetLife,
 - 4) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację,
 - 5) oczekiwane działania.
5. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
6. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
8. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy wskazany w ust. 4 pkt 1), chyba że Klient wnosil o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w ust. 4 pkt 2).
9. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
10. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze WU, właściwym jest prawo polskie.
11. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
12. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.

ZAŁĄCZNIK NR 1: WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

PROCEDURY MEDYCZNE
BADANIA LABORATORYJNE
Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)
Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów
Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
Morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie
Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); nieautomatycznie
Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); automatycznie
Badanie markerów nowotworowych
ULTRASONOGRAFIA
Ultrasonografia; klatka piersiowa
Ultrasonografia; jama brzuszna
Ultrasonografia; miednica
Ultrasonografia; moszna i jej zawartość
Ultrasonografia; kończyna; nienaczyniowe
BADANIA ENDOSKOPOWE
Badanie endoskopowe przełyku, sztywnym lub giętym endoskopem; z biopsją, pojedynczą lub wielokrotną
Badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego obejmujące przełyk, żołądek, a także dwunastnicę i/lub jelito czcze w razie potrzeby; z biopsją, pojedynczą lub wielokrotną
Badanie endoskopowe przełyku, sztywnym lub giętym endoskopem; diagnostyczne, z pobraniem próbek metodą szczoteczkową lub popłuczyn (oddzielna procedura) lub bez
Badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego, proste badanie pierwotne (np. za pomocą giętkiego endoskopu o małej średnicy) (oddzielna procedura)
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA
Tomografia komputerowa; głowa lub mózg; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; okolica szczękowo-twarzowa; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; tkanki miękkie szyi; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; klatka piersiowa; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; kręgosłup szyjny; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; miednica; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; kończyna górna; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; kończyna dolna; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; jama brzuszna; bez kontrastu
Tomografia komputerowa; głowa lub mózg; z kontrastem
Tomografia komputerowa; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem
Tomografia komputerowa; okolica szczękowo-twarzowa; z kontrastem
Tomografia komputerowa; tkanki miękkie szyi; z kontrastem

Tomografia komputerowa; klatka piersiowa; z kontrastem
Tomografia komputerowa; kręgosłup szyjny; z kontrastem
Tomografia komputerowa; odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem
Tomografia komputerowa; odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem
Tomografia komputerowa; miednica; z kontrastem
Tomografia komputerowa; kończyna górna; z kontrastem
Tomografia komputerowa; kończyna dolna; z kontrastem
Tomografia komputerowa; jama brzuszna; z kontrastem
REZONANS MAGNETYCZNY
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; oczodół, twarz i szyja; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; miednica; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; jama brzuszna; bez kontrastu
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; oczodół, twarz i szyja; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; miednica; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; z kontrastem
Obrazowanie rezonansu magnetycznego; jama brzuszna; z kontrastem

Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Assistance Ochrona NW”

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 (Tabela nr 1), § 4 WU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 ust. 1-3 (Tabela nr 1), § 8, § 9 ust. 2 WU

Postanowienia ogólne § 1

- Niniejsze Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Assistance Ochrona NW”, zwane dalej „WU”, mają zastosowanie do Umowy Ramowej Ubezpieczenia zawartej pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, zwanym dalej „Ubezpieczycielem”, a MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A., zwanym dalej „Ubezpieczającym” lub „MetLife”.
- Umowę ubezpieczenia zawiera się na rachunek klientów Ubezpieczającego, zdefiniowanych dalej jako „Ubezpieczeni”, przystępujących do umowy ubezpieczenia „Pakiet Assistance Ochrona NW” w ramach umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa wskutek NW”.

Definicje § 2

Pojęciom określonym w niniejszych WU nadaje się znaczenie określone poniżej.

- Amatorskie uprawianie sportów** – aktywność sportowa, której celem jest rekreacja i rozrywka.
- Centrum Pomocy** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68 – przedstawiciel Ubezpieczyciela, za pośrednictwem którego udzielane są świadczenia assistance, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Ubezpieczającego.
- Choroba przewlekła** – diagnozowany przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczony stale lub okresowo, lub będący przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.
- Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
- Lekarz Centrum Pomocy** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Pomocy i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Pomocy.
- Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu.
- Miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym przebywa Ubezpieczony.
- Miejsce zamieszkania** – adres miejsca zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, podany w momencie zgłoszenia roszczenia do Centrum Pomocy.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym.
- Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
- Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych.
- Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie.

- Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa wskutek NW” zawartej z MetLife, która w dacie zawarcia tej umowy ukończyła 55. rok życia, a nie ukończyła 76. roku życia.
- Zakres terytorialny** – w odniesieniu zarówno do realizowanych świadczeń, jak i miejsca wystąpienia Zdarzeń ubezpieczeniowych ubezpieczenie obejmuje wyłącznie terytorium Polski.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach „Pakietu Assistance Ochrona NW”, które miało miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, uprawniające do skorzystania ze świadczeń zgodnie z Tabelą nr 1 poniżej oraz zgodnie z opisem tych świadczeń.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia § 3

- Przedmiot ubezpieczenia stanowi organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług assistance określonych w niniejszych WU, świadczonych na rzecz Ubezpieczonych za pośrednictwem Centrum Pomocy w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego dla poszczególnych świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 poniżej, w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Świadczenia oraz limit kosztów usług assistance przysługujące Ubezpieczonemu w zakresie świadczeń assistance określone są w Tabeli nr 1 poniżej.

Tabela nr 1 – Świadczenia assistance: Tabela świadczeń i limitów

Zakres produktu	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Limit kwotowy na Zdarzenie ubezpieczeniowe
Wizyta lekarza specjalisty: chirurg, urolog, okulista, otolaryngolog, ortopeda, kardiolog, neurolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, neurochirurg, psycholog	Nieszczęśliwy wypadek	6000 zł
Rehabilitacja		
Dostarczenie i refundacja leków		
Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego		
Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego		
Transport do Placówki medycznej		
Transport pomiędzy Placówkami medycznymi	Wniosek Ubezpieczonego	Brak limitu
Transport z Placówki medycznej		
Infolinia medyczna		
Infolinia SENIOR		

3. Jeżeli koszt świadczeń assistance wynikających z niniejszych WU przypadających na Zdarzenie ubezpieczeniowe przekroczy limit kosztów wskazany w Tabeli nr 1 powyżej, usługa assistance może zostać wykonana przez Centrum Pomocy, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a limitem dla określonego świadczenia.

Zakres świadczeń assistance § 4

W ramach świadczeń wymienionych w Tabeli nr 1 powyżej Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty poniższych usług (w zależności od opisu świadczeń) w wysokości nieprzekraczającej podany w Tabeli nr 1 limit właściwy dla danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

1. Wizyta lekarza specjalisty

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt Ubezpieczonego u niżej wymienionych lekarzy specjalistów:

- 1) chirurg,
- 2) urolog,
- 3) okulista,
- 4) otolaryngolog,
- 5) ortopeda,
- 6) kardiolog,
- 7) neurolog,
- 8) pulmonolog,
- 9) lekarz rehabilitacji,
- 10) neurochirurg,
- 11) psycholog.

2. Rehabilitacja

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga Rehabilitacji zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

- 1) wizyt fizjoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej) albo
- 2) wizyt w najbliższej Miejsca pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej.

3. Dostarczenie i refundacja leków

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez Lekarza prowadzącego i – zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Ubezpieczony (z uwagi na swój stan zdrowia) musi przebywać w domu, Centrum Pomocy zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Miejsca pobytu Ubezpieczonego (poza Placówką medyczną) leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego oraz koszt samych leków. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Pomocy recepty niezbędnej do wykupienia leków.

4. Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu tego sprzętu.

5. Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej).

6. Transport do Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z miejsca jego pobytu do odpowiedniej Placówki medycznej, dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w oparciu o dane o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

7. Transport pomiędzy Placówkami medycznymi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy Placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Pomocy i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabiegi lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony.

8. Transport z Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony przebywa w Placówce medycznej i – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

9. Infolinia medyczna

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na następujące tematy:

- 1) NATYCHMIASTOWA POMOC – stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasad jej udzielania,
- 2) UKĄSZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
- 3) JEDNOSTKI CHOROBOWE – jednostek chorobowych, w tym chorób rzadkich, typowo stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terytorium Polski,

- 4) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diet (np. zalecanych dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoreszkowych, cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, redukcyjnych), zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu wolnego, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
 - 5) PROFILAKTYKA – profilaktyki zachorowań na grype, profilaktyki antynikotynowej,
 - 6) OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
 - 7) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
 - 8) BADANIA KONTROLNE – niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - 9) LEKI – leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, poziomu refundacji leków,
 - 10) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
 - 11) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - 12) GRUPY WSPARCIA – grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Polski świadczących pomoc osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
 - 13) PRZED PODRÓŻĄ – działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, tj. szczepień, specyfików danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.
- Ponadto w ramach świadczenia Centrum Pomocy zapewnia Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM. Centrum Pomocy udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Polski:
- 1) Placówek medycznych (lekarzy ogólnych, Szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Pomocy,
 - 2) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - 3) placówek diagnostycznych, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych), odnowy biologicznej, rekomendowanych przez Centrum Pomocy,
 - 4) aptek znajdujących się na terytorium Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - 5) placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - 6) placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.

10. Infolinia SENIOR

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- 1) postępowania w schorzeniach wieku podeszłego,
- 2) objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków oraz interakcji z innymi lekami,
- 3) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- 4) opisów/wyników wykonanych badań,
- 5) aktywności ruchowej w wieku podeszłym,
- 6) zasad żywienia osób starszych,
- 7) zasad codziennej higieny,
- 8) jak zaopatrzyć się w środki pomocnicze.

Ponadto w ramach świadczenia Centrum Pomocy zapewnia Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM.

Przystąpienie do ubezpieczenia § 5

1. Przystąpienie do ubezpieczenia jest dobrowolne.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje na podstawie oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu.

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności § 6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela i okres umowy ubezpieczenia „Pakiet Assistance Ochrona NW” rozpoczyna się w dniu wejścia w życie umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa wskutek NW” zawartej z MetLife, pod warunkiem zawarcia ww. umowy.
 2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w jednym ze wskazanych poniżej przypadków, w zależności od tego, który z nich nastąpi wcześniej:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) 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,
 - c) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczonego od umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa wskutek NW” złożonego w terminie 30 dni od daty jej zawarcia,
 - d) w przypadku wypowiedzenia umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa wskutek NW” zawartej z MetLife, z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka,
 - e) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy dodatkowej „Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa wskutek NW” zawartej z MetLife.
- W przypadku określonym w punkcie 2a), 2c) i 2e) Ubezpieczyciel zwróci część składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Składka § 7

Składkę do Ubezpieczyciela uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie Ramowej Ubezpieczenia.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 8

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
 - 2) strajków, niepokoju społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenie w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela,
 - 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego, w stosunku do którego miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
2. W przypadku świadczeń wymagających zwolnienia służb medycznych udzielających pomocy medycznej Ubezpieczonemu, w związku z zaistnieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia Ubezpieczonego, gdy udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na powyższe w stosunku do Ubezpieczyciela i podmiotów działających w jego imieniu. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, pod warunkiem, iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia.
3. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru oraz działań wojennych i zbrojnych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru i aktów przemocy oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - 2) szkód powstałych na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - 3) Chorób psychicznych Ubezpieczonego,
 - 4) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa
 - 5) popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - 6) prowadzenia pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia pojazdu,
 - 7) uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
 - 8) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 9) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności
 - 10) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na własną prośbę.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zostało zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
6. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem Chorób przewlekłych.
7. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów planowanego leczenia.
8. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
 - 1) wyczerpanego i zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportowych, przez co rozumie się regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach sportowych albo imprezach i obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu,
 - 2) Amatorskiego uprawiania sportów: powietrznych, motorowych, motorowodnych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wspinaczki jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenia w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi, tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego.
9. Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowanej przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń Lekarza Centrum Pomocy bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami Lekarza Centrum Pomocy.
11. W ramach świadczenia Dostarczenie i refundacja leków Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
12. W przypadku świadczenia Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie Sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.
13. Informacja udzielana w ramach infolinii ma charakter ogólny i informacyjny, nie stanowi porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.

Zasady organizacji świadczeń

§ 9

1. W celu uzyskania świadczenia Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest zawiadomić o zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy w ciągu 48 godzin od jego zaistnienia, nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty jego wystąpienia lub niezwłocznie po ustaniu przyczyn niezależnych

od Ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu, uniemożliwiających wcześniejsze zawiadomienie, telefonując pod numer telefonu **+48 22 575 99 57** (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora) i podając następujące dane:

- 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL,
 - 3) adres Miejsca zamieszkania lub Miejsca pobytu,
 - 4) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) telefon kontaktowy,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia,
 - 7) inne informacje niezbędne Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
2. W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 w terminie w nim zawartym, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli niewykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
 3. W celu realizacji pierwszego świadczenia w ramach świadczeń, o których mowa w § 4, w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest po zgłoszeniu telefonicznym na adres Centrum Pomocy wypełnić, otrzymany od Centrum Pomocy za pośrednictwem poczty tradycyjnej, poczty e-mail, faksu, „Wniosek o realizację świadczeń” i przekazać go do Centrum Pomocy, dołączając kopie:
 - 1) skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia wizyty lekarza specjalisty, rehabilitacji lub dodatkowych świadczeń,
 - 2) dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem Nieszczęśliwego wypadku.Ww. dokumenty należy przesłać na adres Centrum Pomocy pocztą tradycyjną lub pocztą e-mailową na adres: metlife@ipa.com.pl.
 4. W celu realizacji kolejnych świadczeń, o których mowa w § 4, w odniesieniu do danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać na adres Centrum Pomocy kopię skierowania/zalecenia Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, rehabilitacji lub dodatkowych świadczeń pocztą tradycyjną lub pocztą e-mailową na adres: metlife@ipa.com.pl.
 5. W celu realizacji świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 3 (Dostarczenie i refundacja leków), Ubezpieczony zobowiązany jest po zgłoszeniu telefonicznym do Centrum Pomocy wypełnić, otrzymany od Centrum Pomocy za pośrednictwem poczty tradycyjnej, poczty e-mail, faksu, „Wniosek o dostarczenie leków” i przekazać go do Centrum Pomocy, dołączając kopie recepty.
 6. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 3, 4 i 5 powyżej, Lekarz Centrum Pomocy w terminie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, podejmie decyzję, czy spełnione zostały medyczne przesłanki do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
 7. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy, a zwłaszcza przekazać inne dokumenty, o które wnioskuje Centrum Pomocy niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania.
 8. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanego „Wniosku o realizację świadczeń”, o którym mowa w ust. 3, Centrum Pomocy, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
 9. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 wynosi:
 - 1) do 5 dni roboczych w przypadku wizyty u lekarzy specjalistów,
 - 2) do 3 dni roboczych w przypadku pozostałych świadczeń assistance, o ile Ubezpieczony nie wskaże konkretnego lekarza czy placówki lub późniejszego terminu, w którym chciałby skorzystać ze świadczenia.
 10. W przypadku nieuznania odpowiedzialności w zakresie wnioskowanych przez Ubezpieczonego świadczeń, Centrum Pomocy poinformuje telefonicznie Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy. Na prośbę Ubezpieczonego informacja o odmowie realizacji świadczenia przesyłana jest przez Centrum Pomocy w formie pisemnej na wskazany przez Ubezpieczonego adres e-mailowy lub adres korespondencyjny.

Roszczenia regresowe

§ 10

1. Z dniem zapłaty świadczenia lub odszkodowania przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, do wysokości wypłaconego przez Ubezpieczyciela świadczenia (roszczenie regresowe).
2. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń co do pozostałej części szkody przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.
5. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczonego praw przysługujących mu od osób trzecich z tytułu wyrządzonych szkód bez zgody Ubezpieczyciela, może on odmówić wypłaty świadczenia odpowiednio w całości lub części, lub zażądać zwrotu wypłaconego świadczenia.

Postępowanie reklamacyjne

§ 11

1. Na potrzeby niniejszego paragrafu przyjmuje się następujące definicje:
 - 1) Reklamacja – wystąpienie Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela,
 - 2) Klient – będący osobą fizyczną Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia.

2. Niniejsze postępowanie reklamacyjne zostało zatwierdzone Zarządzeniem Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce nr 10/2015 z dnia 09.10.2015 r. i wchodzi w życie od dnia 11.10.2015 r., określa zasady zgłaszania i rozpatrywania Reklamacji zgłaszanych przez Klienta, dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, wynikających z niniejszych WU, zgodnie z Ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
3. Reklamacja może zostać złożona do Działu Jakości Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej:
 - a) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub
 - b) przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela:
Dział Jakości
Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa,
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: quality@ipa.com.pl.
4. Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
 - 1) pełen adres korespondencyjny lub
 - 2) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - 3) wskazanie umowy ubezpieczenia zawartej z MetLife,
 - 4) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację,
 - 5) oczekiwane działania.
5. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
6. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
8. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy wskazany w ust. 4 pkt 1), chyba że Klient wnosil o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w ust. 4 pkt 2).
9. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
10. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze WU, właściwym jest prawo polskie.
11. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
12. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.

Warszawa, 28 listopada 2016 roku

MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

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., 2016

Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce

Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa, zarejestrowana w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000320749, o numerze NIP: 108-00-06-955. Wysokość kapitału zakładowego Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli, który utworzył oddział: 31 702 613 EUR.
© Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce, 2016