

Szczególne Warunki Ubezpieczenia

Wsparcie medyczne po wypadku

Informacja dotycząca ubezpieczenia Wsparcie medyczne po wypadku

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

Szczególne Warunki Ubezpieczenia

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

Artykuł 1. Definicje

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

Artykuł 2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

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

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

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

Artykuł 3. Limity ilościowe i kwotowe świadczeń

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

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

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

Artykuł 5. Postępowanie w razie zaistnienia nieszczęśliwego wypadku

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

Artykuł 6. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

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

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

Artykuł 7. Postanowienia końcowe

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

Warszawa, 2 stycznia 2019

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna

ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. MetLife TUnZiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 52 64, e-mail: kontakt@metlife.pl, Internet: www.metlife.pl

© MetLife TUnZiR S.A., 2019