

# Szczególne Warunki Ubezpieczenia

nr 8956/2MC19




## Informacja dotycząca Ubezpieczenia

Informacja dotycząca Ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienie:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 2, art. 7
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 1, art. 5

# Szczególne Warunki Ubezpieczenia nr 8956/2MC19

Znajdujące się w ramach w treści *SWU* komentarze i wyjaśnienia nie są treścią *SWU*. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione *kursywą* są zdefiniowane na początku dokumentu.

Wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

 <b>WAŻNE</b> Zwracamy uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy.	 <b>WYJAŚNIENIA</b> Objaśniamy niektóre postanowienia Umowy oraz trudne sformułowania użyte w treści <i>SWU</i> .	 <b>PRZYKŁADY</b> Pokazujemy, jak w praktyce stosowane są postanowienia Umowy i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.
---	---	--


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

## Artykuł 1. Definicje

- data rozpoczęcia ochrony** – dzień, w którym rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa. Jest to następny dzień po dniu, w którym *Klient* podpisał *Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia*, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po dniu zawarcia *Umowy pożyczki*, pod warunkiem opłacenia *składki*,
- Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia** – pisemne oświadczenie woli składane przez *Klienta* potwierdzające wolę przystąpienia do *Ubezpieczenia*,
- dolegliwości bólowe układu ruchu** – ból związany z wszelkimi schorzeniami lub urazami kręgosłupa lub innych części układu kostno-stawowego lub mięśniowego lub tkanki łącznej, potwierdzony przez lekarza na podstawie dokumentacji z co najmniej dwóch wizyt u lekarza, w trakcie których *Ubezpieczony* zgłaszał dolegliwości bólowe danej części układu ruchu,

 **WAŻNE:** Nie są objęte definicją: ból zęba, ból miesiączkowy, ból brzucha (w tym kolka nerkowa, dolegliwości ze strony układu trawiennego itp.), ból głowy niebędący skutkiem urazu, np. migrenowy, ból zatok.

- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła *Umowę pożyczki z Ubezpieczającym*,
- MetLife** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, 00-450, ul. Przemysłowa 26, wpisane do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego,
- nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z istniejącym stanem chorobowym, które nastąpiło w okresie ochrony,

 **WAŻNE:** Prosimy o zwrócenie uwagi, iż zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są Nieszczęśliwym wypadkiem w rozumieniu niniejszych *SWU*.

- okres ochrony** – okres od *daty rozpoczęcia ochrony* do daty zakończenia ochrony zgodnie z art. 3 ust. 7,
- oparzenie wskutek NW** – termiczne, elektryczne lub chemiczne uszkodzenie skóry co najmniej drugiego stopnia (IIB), które powstało wskutek NW. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte oparzenia wywołane ekspozycją na promienie słoneczne, promieniowanie RTG, promieniowanie UV, promieniowanie radioaktywne. Rozległość oparzenia ustalana jest przez lekarza konsultanta powołanego przez *MetLife*, według Reguły dziewiątek – Wallace’a lub tabeli Lunda lub Browdera. Na potrzeby *SWU* oparzenia wskutek NW zalicza się do *uszkodzeń ciała wskutek NW typu I albo II*,
- reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczonego*, *Ubezpieczającego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *MetLife*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *MetLife* lub jego działalności,

- 10) **składka** – kwota będąca odpowiedzią dla całego okresu ochrony wielokrotnością składki tygodniowej lub miesięcznej określonej w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia*, należna *MetLife* z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej *Ubezpieczonemu*. *Składka* płatna jest z góry za cały okres ochrony,
- 11) **skrócenie wskutek NW** – przekroczenie fizjologicznego zakresu ruchu w stawie, które powstało wskutek *NW*, powodujące uszkodzenie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej, przyczepów ścięgien lub fragmentów kostnych, potwierdzone badaniami obrazowymi, wymagające unieruchomienia opatrunkiem gipsowym lub ortezą na okres co najmniej 7 dni. Zgodnie z *SWU skrócenia wskutek NW* należą do *uszkodzeń ciała typu III*,
- 12) **suma ubezpieczenia** – kwota, która określa maksymalne zobowiązanie *MetLife* w przypadku zajścia określonego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 13) **SWU** – Szczególne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Pomocny” nr 8956/2MC19,
- 14) **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana *Ubezpieczonemu* na podstawie *Umowy*,
- 15) **Ubezpieczający** – Provident Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie w Inflancka 4A,



**WAŻNE:** Zwracamy uwagę na różnicę pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym. Ubezpieczający to Provident Polska S.A., który zawarł Umowę z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonych, którzy przystąpią do Ubezpieczenia. Ubezpieczony to osoba fizyczna – Klient, którego życie i zdrowie jest chronione. Natomiast MetLife to zakład ubezpieczeń, który udziela ochrony ubezpieczeniowej.

- 16) **Ubezpieczony** – Klient spełniający wymogi do objęcia go ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z niniejszymi *SWU*, który przystąpił do *Ubezpieczenia*, a jego zdrowie i życie objęte są ochroną ubezpieczeniową i za którego została opłacona składka,
- 17) **Umowa** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Pakiet Ochronny” nr 8956 zawarta pomiędzy *MetLife* a *Ubezpieczającym*, której integralną część stanowią niniejsze *SWU* nr 8956/2MC19 „Pakiet Pomocny”,
- 18) **Umowa pożyczki** – umowa pożyczki konsumenckiej zawierana pomiędzy Klientem i Ubezpieczającym,
- 19) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez *Ubezpieczonego* na piśmie jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*. Jeśli *Ubezpieczony* nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka i dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczą po *Ubezpieczonym*,
- 20) **uszkodzenia ciała wskutek NW (uszkodzenia ciała)** – do definicji zalicza się: złamanie wskutek *NW*, oparzenie wskutek *NW*, zwichnięcie wskutek *NW* lub skrócenie wskutek *NW*. Na potrzeby tych *SWU* wyróżnia się następujące typy uszkodzeń ciała:
  - a) **uszkodzenia ciała wskutek NW typu I (uszkodzenia ciała typu I):**  
złamanie wskutek *NW*: biodra, miednicy, kości udowej, podudzia, kostek, łokcia, ramienia, przedramienia (z wyłączeniem złamania typu Colles, Smith, Burton), kręgosłupa, rzepki, pięty, mózgowczaszki, twarozczaszki (z wyłączeniem nosa, zębów i kości jarzmowych), oparzenia wskutek *NW* dróg oddechowych z zaburzeniami oddechu, oparzenia wskutek *NW* górnego odcinka przewodu pokarmowego ze wżęzieniem i upośledzeniem odżywiania, oparzenia wskutek *NW* obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała,
  - b) **uszkodzenia ciała wskutek NW typu II (uszkodzenia ciała typu II):**  
złamanie wskutek *NW*: kości ogonowej, nadgarstka, przedramienia typu Colles, Smith, Burton, żuchwy, strzałki, łopatk, mostka, śródreżca, śródstopia, żebra, kości jarzmowych, nosa, obojczyka; oparzenia wskutek *NW* obejmujące poniżej 20% powierzchni ciała,
  - c) **uszkodzenia ciała wskutek NW typu III (uszkodzenia ciała typu III):**  
zwichnięcie wskutek *NW*, skrócenie wskutek *NW*, złamanie palca wskutek *NW*,
- 21) **wojna** – zorganizowana walka zbrojna między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi, lub operacje wojenne, lub inwazja, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojna domowa, rebelia, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia, ogłoszenie lub wypowiedzenie stanu wojennego albo wojny,
- 22) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach *Umowy*:
  - śmierć *Ubezpieczonego*,
  - uszkodzenie ciała *Ubezpieczonego* wskutek *NW*, które zaistniało w trakcie okresu ochrony,
  - dolegliwości bólowe układu ruchu *Ubezpieczonego*, które zaistniały w trakcie okresu ochrony,
- 23) **złamanie wskutek NW** – potwierdzone przez lekarza, na podstawie badań obrazowych, złamanie urazowe kości, które powstało wskutek *NW*. Na potrzeby *SWU* wyróżnia się złamania wskutek *NW* należące do uszkodzeń typu I, II lub III,
- 24) **zwichnięcie wskutek NW** – przemieszczenie powierzchni stawowych kości połączonych torebką stawową, które powstało wskutek *NW*, potwierdzone badaniami obrazowymi, wymagające nastawienia i następnie unieruchomienia opatrunkiem gipsowym lub ortezą na okres co najmniej 7 dni. Za zwichnięcie nie uważa się zwichnięć nawykowych. Zgodnie z *SWU zwichnięcie wskutek NW* należy do uszkodzeń ciała wskutek *NW* typu III.

## Artykuł 2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Przedmiotem niniejszego *Ubezpieczenia* jest ochrona życia i zdrowia *Ubezpieczonego*.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę, na całym świecie.
3. Zakres ochrony oraz wysokości *sum ubezpieczenia* przedstawia poniższa tabela:

Zdarzenia ubezpieczeniowe	Suma ubezpieczenia
Uszkodzenia ciała wskutek NW (złamania, skręcenia, zwichnięcia i oparzenia, zgodnie z art. 1 ust. 20)	
typu I:	2 000 zł
typu II:	1 000 zł
typu III:	500 zł
Dolegliwości bólowe układu ruchu, zgodnie z art. 1 ust. 3	500 zł
Śmierć	110% wpłaconej składki

### 4. Świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała wskutek NW

- 1) W przypadku uszkodzenia ciała *Ubezpieczonego* wskutek NW, które nastąpiło w okresie ochrony, *MetLife* wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świadczenie równe *sumie ubezpieczenia* określonej w tabeli wskazanej w ust. 3 powyżej, w zależności od typu uszkodzenia ciała, zgodnie z ust. 20 art. 1 SWU.
- 2) W ramach uszkodzenia ciała danego typu (I, II lub III) świadczenie, o którym mowa w punkcie 1) powyżej, może być przyznane tylko raz w całym okresie ochrony.



**WYJAŚNIENIE:** Jeśli *MetLife* zdecydowało o wypłacie sumy ubezpieczenia z tytułu uszkodzenia ciała np. typu I, które nastąpiło w okresie ochrony (2 000 zł), to nie jest możliwa wypłata kolejnego świadczenia z tytułu innego uszkodzenia ciała wskutek NW typu I. Suma ubezpieczenia z tej kategorii została wyczerpana wraz z wypłatą pierwszego świadczenia. Nie jest też możliwe zaliczenie tego zdarzenia do uszkodzeń ciała typu II lub III.



**PRZYKŁAD:** W okresie ochrony miało miejsce złamanie kości miednicy na skutek NW. *MetLife* zdecydowało o wypłacie sumy ubezpieczenia z tytułu uszkodzenia ciała typu I, która wynosi 2 000 zł. W okresie ochrony miał także miejsce wypadek, którego skutkiem było złamanie podudzia, które również należy do uszkodzeń ciała typu I. W tym przypadku świadczenie nie zostanie wypłacone, gdyż suma ubezpieczenia z tytułu uszkodzeń ciała typu I została wykorzystana wraz z decyzją o wypłacie pierwszego świadczenia.

### 5. Świadczenie z tytułu dolegliwości bólowych układu ruchu

- 1) W przypadku dolegliwości bólowych układu ruchu *Ubezpieczonego*, które miały miejsce w okresie ochrony, *MetLife* wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świadczenie określone w tabeli wskazanej w ust. 3 powyżej, z zastrzeżeniem punktu 2) i 3) poniżej.
- 2) Świadczenie jest należne, jeśli dolegliwości bólowe układu ruchu zostały potwierdzone na podstawie dokumentacji z co najmniej dwóch wizyt u lekarza dowolnej specjalizacji, przy czym mogą to być dwie wizyty u tego samego lekarza lub dwóch lekarzy dowolnych specjalizacji.
- 3) Dwie wizyty u lekarza, o których mowa w punkcie 2), muszą dotyczyć dolegliwości bólowych tej samej części układu kostno-mięśniowego lub tkanki łącznej albo kręgosłupa.



**WYJAŚNIENIE:** W przypadku dolegliwości bólowych układu ruchu wymagane są:

1. przynajmniej **dwie wizyty u dowolnego lekarza związane z bólem** tej samej części układu ruchu (dowolnego odcinka kręgosłupa lub tej samej części układu kostno-stawowego lub mięśniowego lub tkanki łącznej),
2. **dokumentacja z dwóch wizyt u lekarza/y** dowolnej specjalizacji potwierdzająca, że **podczas tych dwóch wizyt Ubezpieczony zgłaszał dolegliwości bólowe** tej samej części układu ruchu (dowolnego odcinka kręgosłupa lub tej samej części układu kostno-stawowego lub mięśniowego lub tkanki łącznej).



**PRZYKŁAD:** W okresie ochrony Klient cierpi na ból kręgosłupa. Odbywa **wizytę u lekarza** dowolnej specjalizacji, któremu zgłasza ten ból. Ból nie mija lub pojawia się ponownie w trakcie okresu ochrony. Klient **ponownie udaje się do dowolnego lekarza**, któremu również zgłasza dolegliwość bólową kręgosłupa. Przesyła *MetLife* dokumentację z tych dwóch wizyt, podczas których zgłaszał ból kręgosłupa, wraz z innymi dokumentami wymaganymi do rozpatrzenia roszczenia.

- 4) W całym okresie ochrony świadczenie, o którym mowa w punkcie 1), może być przyznane tylko raz.

6. W przypadku wypłaty przez *MetLife* sumy ubezpieczenia z tytułu uszkodzenia ciała dowolnego typu (I, II lub III) nie jest należne świadczenie z tytułu *dolegliwości bólowych układu ruchu* w związku z bólem związanym z tym uszkodzeniem ciała, z powodu którego przyznane zostało świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała.



**PRZYKŁAD:** W okresie ochrony Klient doznaje zwichnięcia kostki u nogi. Odbywa **wizytę u lekarza**, który potwierdza zwichnięcie, ale także towarzyszący ból. Klient zgłasza roszczenie z tytułu uszkodzenia ciała, *MetLife* wydaje decyzję o wypłacie świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała typu III. Klient podczas drugiej wizyty u lekarza ponownie zgłasza ból nogi, który związany jest ze zwichnięciem. Zgłasza *MetLife* roszczenie z tytułu *dolegliwości bólowych układu ruchu*. Świadczenie nie jest należne, gdyż ból był następstwem uszkodzenia ciała, za które *MetLife* przyznało świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała typu III.

#### 7. Świadczenie z tytułu śmierci

W przypadku śmierci *Ubezpieczonego MetLife* wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w tabeli wskazanej w ust. 3 powyżej.

8. Wypłata świadczeń z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w artykule 5.

### Artykuł 3. Rozpoczęcie Ubezpieczenia, okres odpowiedzialności *MetLife* oraz wygaśnięcie Ubezpieczenia

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Klient, który:
  - a) w dniu zawarcia *Umowy pożyczki* ukończył 18. rok życia, a nie ukończył 75. roku życia,
  - b) zawarł z *Ubezpieczającym Umowę pożyczki*,
  - c) posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i jest obywatelem polskim,
  - d) podpisał i złożył *Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia*, zawierającą zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową i na wysokość sum ubezpieczenia, wraz ze wszystkimi wymaganymi przez *MetLife* oświadczeniami zawartymi w tej *Deklaracji*.
2. Przystąpienie do *Ubezpieczenia* jest dobrowolne.



**WAŻNE:** Klient może przystąpić do *Ubezpieczenia* przy zawarciu *Umowy pożyczki* poprzez podpisanie *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia*. W dokumencie tym wskazane są dotyczące *Ubezpieczonego* sumy ubezpieczenia. Wcześniej Klient otrzymuje *Szczególne Warunki Ubezpieczenia*.

3. Przystąpienie do *Ubezpieczenia* po ukończeniu przez *Ubezpieczonego* wieku 75 lat jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie *MetLife*, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej za *Ubezpieczonego* składki.
4. Osoba, która spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęta *Ubezpieczeniem* pod warunkiem opłacenia składki.
5. Datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla danego Klienta jest następny dzień po dniu, w którym *Ubezpieczony* podpisał *Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia*, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po dniu zawarcia *Umowy pożyczki*.
6. Dany *Ubezpieczony* może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach *Umowy* w związku z zawarciem nie więcej niż dwóch *Umów pożyczki*.
7. Odpowiedzialność *MetLife* w stosunku do *Ubezpieczonego* kończy się w przypadku zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
  - a) z upływem pierwotnego okresu, na jaki została zawarta *Umowa pożyczki*,
  - b) w dniu śmierci *Ubezpieczonego*,
  - c) następnego dnia po dniu złożenia oświadczenia o rezygnacji *Ubezpieczonego* z *Ubezpieczenia*.W przypadku określonym w ust. c) powyżej *MetLife* zwróci *Ubezpieczającemu* składkę za niewykorzystaną przez danego *Ubezpieczonego* część okresu ochrony.

### Artykuł 4. Opłacanie składek

1. Składka opłacana jest przez *Ubezpieczającego* jednorazowo, z góry za cały okres ochrony danego *Ubezpieczonego*, w wysokości określonej w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia*.
2. Składkę ustala *MetLife* z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń odpowiedzialności *MetLife*, okresu *Ubezpieczenia*, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku osób uprawnionych do *Ubezpieczenia*, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy*.

### Artykuł 5. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. *MetLife* nie wypłaci świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała wskutek *NW*, jeżeli obrażenia fizyczne *Ubezpieczonego* powstały w wyniku:

- 1) choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia,
  - 2) wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez *Ubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
  - 3) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności,
  - 4) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
  - 5) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
  - 6) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania.
2. Dodatkowo *MetLife* nie wypłaci świadczenia z tytułu *dolegliwości bólowych układu ruchu*, jeśli powstały one w wyniku *uszkodzenia ciała*, za które *MetLife* zdecydowało o wypłacie świadczenia z tytułu *uszkodzenia ciała typu I, II lub III*, lub jeśli *Ubezpieczony* nie odbył przynajmniej dwóch wizyt u lekarza, podczas których zgłaszał *dolegliwość bólową* tej samej części układu ruchu. Ponadto *MetLife* nie wypłaci świadczenia z powodu:
- 1) bólu zęba,
  - 2) bólu miesiączkowego,
  - 3) bólu brzucha (spowodowanego np. dolegliwościami ze strony układu trawiennego, kolką nerkową),
  - 4) bólu głowy niebędącego skutkiem urazu (np. bólu migrenowego),
  - 5) bólu zatok.

## Artykuł 6. Odstąpienie lub rezygnacja z Ubezpieczenia

1. *Ubezpieczony* może odstąpić od *Ubezpieczenia* w terminie 30 dni od *daty rozpoczęcia ochrony*. Warunkiem skutecznego odstąpienia od *Ubezpieczenia* jest złożenie przez *Ubezpieczonego Ubezpieczającemu* pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od *Ubezpieczenia*.
2. W przypadku odstąpienia *Ubezpieczonego* od *Ubezpieczenia* w ciągu 30 dni od *daty rozpoczęcia ochrony* uznaje się, iż *Ubezpieczony* nie był objęty ochroną ubezpieczeniową, a całość *składki* zostanie zwrócona *Ubezpieczającemu*. W przypadku finansowania *składki* przez *Ubezpieczonego Ubezpieczający* zobowiązany jest zwrócić *składkę Ubezpieczonemu*.
3. *Ubezpieczony*, po upływie 30 dni od *daty rozpoczęcia ochrony*, może zrezygnować z *Ubezpieczenia* w każdym czasie. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem następującym po dniu złożenia pisemnego oświadczenia o rezygnacji z *Ubezpieczenia*. Warunkiem skutecznej rezygnacji z *Ubezpieczenia* jest złożenie przez *Ubezpieczonego Ubezpieczającemu* pisemnego oświadczenia o rezygnacji z *Ubezpieczenia*.
4. Wcześniejsza całkowita spłata przez *Ubezpieczonego* pożyczki konsumenckiej zawartej z *Ubezpieczającym* nie powoduje jednoczesnego odstąpienia od *Ubezpieczenia* lub rezygnacji z *Ubezpieczenia*. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana, chyba że *Ubezpieczony* złoży jednocześnie odpowiednie oświadczenia o odstąpieniu od *Ubezpieczenia* lub rezygnacji z *Ubezpieczenia*, o których mowa w ust. 1 i 3 powyżej.
5. W przypadku rezygnacji przez *Ubezpieczonego* z *Ubezpieczenia* po 30 dniach od *daty rozpoczęcia ochrony* *MetLife* zwróci *Ubezpieczającemu* część *składki* proporcjonalnie za niewykorzystany *okres ochrony* danego *Ubezpieczonego*. W przypadku finansowania *składki* przez *Ubezpieczonego Ubezpieczający* zobowiązany jest zwrócić *Ubezpieczonemu* część *składki* proporcjonalnie za niewykorzystany *okres ochrony*.

## Artykuł 7. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia

1. W celu ustalenia prawa do świadczenia niezbędne jest przedłożenie *MetLife* odpowiednio dokumentów określonych poniżej:
  - 1) w przypadku wystąpienia *uszkodzenia ciała wskutek NW Ubezpieczonego*:
    - a) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *MetLife* lub w formie pisemnego wniosku, który będzie zawierał dane wskazane na formularzu *MetLife*,
    - b) kopii dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisów i wyników badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.),
    - c) kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopię wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
    - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
    - e) kopii innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku,
    - f) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*,

- 2) w przypadku wystąpienia *dolegliwości bólowych układu ruchu Ubezpieczonego*:
  - a) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *MetLife* lub w formie pisemnego wniosku, który będzie zawierał dane wskazane na formularzu *MetLife*,
  - b) kopii dokumentacji medycznej z leczenia, potwierdzającej co najmniej dwie wizyty u lekarza/y dowolnej specjalizacji, podczas których *Ubezpieczony* dwa razy zgłaszał ból kręgosłupa lub tej samej części układu kostno-stawowego lub mięśniowego,
  - c) opisów i wyników dostępnych badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), jeżeli *Ubezpieczony* jest w ich posiadaniu,
  - d) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*,
- 3) w przypadku śmierci *Ubezpieczonego*:
  - a) kopii odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego*,
  - b) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *MetLife* lub w formie pisemnego wniosku, który będzie zawierał dane wskazane na formularzu *MetLife*,
  - c) kopii dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do świadczenia.
2. Na podstawie otrzymanych dokumentów *MetLife* potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu *Umowy*.
3. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *MetLife* poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
4. *MetLife* może poprosić o oryginalne dokumenty lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyć: notariusz lub osoby upoważnione w siedzibie *MetLife* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub organ, który wydał dokument.
5. Dokumentacja dotycząca zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce poza granicami Polski, musi być przetłumaczona na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt osoby, która zgłasza roszczenie.
6. *MetLife* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgnięcia opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
7. *MetLife* może wystąpić z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, placówek medycznych i innych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, o czym poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.
8. *MetLife* zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
9. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *MetLife* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia *MetLife* powinno wypłacić w 30-dniowym terminie wskazanym w ust. 8 powyżej.
10. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *MetLife* może odmówić wypłaty całości lub części świadczenia.



**WYJAŚNIENIE:** Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić do *MetLife* w wybrany sposób:

- na adres e-mail: [roszczenia.provident@metlife.pl](mailto:roszczenia.provident@metlife.pl),
- telefonicznie +48 22 523 52 72 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- pisemnie na adres: *MetLife*, Dział Roszczeń, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- osobiście: w siedzibie *MetLife*, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa.

## Artykuł 8. Badanie lekarskie

1. *MetLife* może przeprowadzić badania *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *MetLife*, gdy otrzymana dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia z *Umowy*. Badania te są wykonywane w placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*, która współpracuje z *MetLife*.
2. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *MetLife* poddawać się w trakcie rozpatrywania roszczenia badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli *Ubezpieczony* odmówi poddania się badaniom, *MetLife* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *Umowy*.
3. Świadczenia należne z tytułu uszkodzenia ciała *Ubezpieczonego* wskutek NW lub *dolegliwości bólowych układu ruchu* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

## Artykuł 9. Wskazanie i zmiana Uposażonego



**WAŻNE:** Uposażonym może być dowolna osoba. Uposażonego wskazuje *Ubezpieczony*. Świadczenie wypłacone na podstawie *Umowy* z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* nie podlega podatkom od spadków i darowizn.

1. *Ubezpieczony* może wskazać lub zmienić *Uposażonych* w dowolnym czasie. Wtedy należy przekazać *MetLife* pisemne oświadczenie z dołączoną kopią dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*. Wskazanie lub zmiana *Uposażonych* są skuteczne z dniem, kiedy *MetLife* otrzyma oświadczenie.
2. W celu wskazania lub zmiany *Uposażonego* należy podać informacje:
  - a) imię i nazwisko *Ubezpieczonego*,
  - b) PESEL *Ubezpieczonego*,
  - c) numer *Umowy pożyczki*,
  - d) imię i nazwisko *Uposażonego* (lub nazwa firmy w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną),
  - e) PESEL *Uposażonego* (lub NIP w przypadku, gdy *Uposażony* jest osobą prawną),
  - f) numer telefonu oraz adres do korespondencji *Uposażonego* (lub siedziba firmy w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną),
  - g) udział procentowy każdego z *Uposażonych* w części świadczenia, z dokładnością do 1%. W przypadku braku wskazania procentowego udziału lub jeśli łączny udział procentowy nie sumuje się do 100%, świadczenia zostaną wypłacone *Uposażonym* w równych częściach.
3. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie *Uposażonego* świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z zasadami opisanymi w art. 1 ust. 19 *SWU*.
4. Wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne, jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku świadczenie jemu przysługujące spełniane jest na rzecz pozostałych osób uprawnionych do świadczenia proporcjonalnie do przypadających im udziałów lub najbliższej rodzinie zgodnie z zasadami opisanymi w art. 1 ust. 19 *SWU*.

## Artykuł 10. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczony*, *Uposażony* lub uprawniony z *Umowy* może złożyć reklamację:
  - a) pisemnie na adres: *MetLife TUŃŻIR S.A.*, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
  - b) elektronicznie na adres e-mail: kontakt@metlife.pl,
  - c) telefonicznie pod numerem: +48 22 523 52 72 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
  - d) osobiście: w siedzibie *MetLife*.
2. Każda reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 będzie rozpatrywana niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, kiedy nie będzie możliwe rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania reklamacji. W takiej sytuacji *MetLife* poinformuje niezwłocznie składającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo musi ustalić, oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.



**WYJAŚNIENIE:** Skomplikowane przypadki to takie, w których będzie konieczne ustalenie dodatkowych okoliczności i zebranie brakujących informacji, które są niezbędne dla rozpatrzenia reklamacji.

4. O ile składający reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na reklamację zostanie przekazana przez *MetLife* pisemnie, niezależnie od sposobu zgłoszenia reklamacji.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji *MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.*” zamieszczona jest na stronie [www.metlife.pl](http://www.metlife.pl).
6. Osoba fizyczna, która jest *Ubezpieczonym*, *Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy*, może zwrócić się w sprawie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
7. *MetLife* zgadza się na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym – <http://www.rf.gov.pl> lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego – [http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad\\_Polubowny](http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny).

## Artykuł 11. Postanowienia kolizyjne

Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami *SWU* a postanowieniami *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia* rozstrzygają postanowienia tej ostatniej.

## Artykuł 12. Należności, opłaty, podatki

Wszelkie podatki związane z *Umową* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych *SWU* są to przepisy dotyczące



podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2018 poz. 1509 t.j.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2018 poz. 1036 t.j.).

### Artykuł 13. Doręczenia

1. O ile co innego nie wynika z postanowień *SWU*, zawiadomienia, oświadczenia i wnioski *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* związane z *Ubezpieczeniem* powinny być przekazane do *MetLife* pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
2. Korespondencja wysyłana przez *MetLife* do *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

### Artykuł 14. Prawo właściwe, właściwość sądu, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla *Umowy* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy* lub z nią związane pomiędzy *MetLife* a *Ubezpieczonym*, *Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy*, spadkobiercą *Ubezpieczonego* lub spadkobiercą uprawnionego z *Umowy* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczonego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy*, spadkobiercy *Ubezpieczonego* lub spadkobiercy uprawnionego z *Umowy*.
3. Działalność *MetLife* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *MetLife* publikowane są na stronie internetowej *MetLife* po zakończeniu roku sprawozdawczego.



**WYJAŚNIENIE:** *MetLife* publikuje sprawozdania na stronie internetowej [www.metlife.pl](http://www.metlife.pl) od 2017 roku.

5. Komunikacja z *MetLife* odbywa się w języku polskim.
6. W przypadkach i w zakresie określonym w art. 98 ust. 2 pkt 2 Ustawy z 22.05.2003 o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 392 z późn. zm.) świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą być zaspokojone ze środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

### Artykuł 15. Aktualizacja informacji



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

1. *Ubezpieczony* jest zobowiązany do niezwłocznego informowania *MetLife*, bezpośrednio lub za pośrednictwem *Ubezpieczającego*, o zmianach:
  - a) danych kontaktowych (np. adresu korespondencyjnego, numeru telefonu) oraz
  - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwiska, numeru PESEL, numeru dowodu osobistego).
2. Informacje o zmianach powinny być przekazane pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego *Ubezpieczonego*.

### Artykuł 16. Pełnomocnictwa

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

Warszawa, 13 marca 2019

Mirosław Kiszyk  
Prezes Zarządu *MetLife*

# Szczególne Warunki Ubezpieczenia

Informacja dotycząca ubezpieczenia „Wizyta u lekarza”

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. 3, art. 5 ust. 2-3, art. 6

# Szczególne Warunki Ubezpieczenia

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia „Wizyta u lekarza” (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.
- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę pożyczki z Provident Polska S.A.
- Lekarz Pierwszego Kontakt** – lekarz internista, lekarz specjalista medycyny rodzinnej.
- Nagle Zachorowanie** – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający zdrowiu lub życiu osoby poszkodowanej.
- Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z istniejącym stanem chorobowym.
- Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres ochrony danego Ubezpieczonego odpowiadający okresowi ochrony w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet Pomocny”.
- Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Provident Polska S.A.** – spółka działająca pod firmą Provident Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Inflanckiej 4A (00-189); zarejestrowana w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 000009389.
- Szpital** – placówka opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie całonocowej opieki w zakresie leczenia i diagnostyki w stałych pomieszczeniach, odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowaną 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, 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 0000028131, która w imieniu i na rzecz Ubezpieczonych zawarła Umowę ubezpieczenia.
- Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet Pomocny”, uprawniony do ubezpieczenia na podstawie niniejszych SWU.
- 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.
- Udział własny** – ustalona procentowo kwota, którą Ubezpieczony pokrywa w każdej zgłoszonej szkodzi objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela (w zakresie świadczenia wizyta stomatologiczna).
- Umowa pożyczki** – umowa pożyczki konsumenckiej, zawarta pomiędzy Klientem a Provident Polska S.A.
- Umowa ubezpieczenia „Pakiet Pomocny”** – ubezpieczenie na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia nr 8956/2MC19 będące częścią Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Pakiet Ochronny” nr 8956 zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. a Provident Polska S.A.
- Umowa ubezpieczenia** – Umowa grupowego ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, w ramach której na podstawie niniejszych SWU świadczona jest ochrona na rzecz Ubezpieczonych.
- 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;

- 2) 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.
19. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – nagłe i nieprzewidziane zdarzenie, które wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i które – stosownie do postanowień niniejszych SWU oraz obowiązujących przepisów prawa – stanowi podstawę wystąpienia do Ubezpieczyciela z roszczeniem o realizację świadczenia. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w odniesieniu do:
- 1) świadczenia **wizyta stomatologiczna** jest nagły stan zapalny lub bólowy zęba u Ubezpieczonego lub uszkodzenie zęba wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego;
  - 2) świadczenia **wizyta Lekarza Pierwszego Kontakt** jest Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego.

## Artykuł 2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów poniższych świadczeń w przypadku zajścia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Zdarzenia ubezpieczeniowego:
  - 1) **wizyta stomatologiczna** – wizyta Ubezpieczonego u lekarza stomatologa do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w art. 3 (tabela nr 1), z uwzględnieniem Udziału własnego;
  - 2) **wizyta Lekarza Pierwszego Kontakt** – wizyta Ubezpieczonego u Lekarza Pierwszego Kontakt w Placówce medycznej lub koszty wizyty Lekarza Pierwszego Kontakt w miejscu pobytu Ubezpieczonego (obejmujące koszty przejazdu oraz honorarium), o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia, do wysokości limitu odpowiedzialności wskazanego w art. 3 (tabela nr 1).
3. Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie niniejszych SWU jest udzielana wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

## Artykuł 3. Limity ilościowe i kwotowe świadczeń

Wskazane poniżej (tabela nr 1) limity kwotowe i ilościowe stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w Okresie ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego.

Tabela nr 1

Świadczenie	Limity
wizyta stomatologiczna	200 zł – 1 wizyta w Okresie ochrony ubezpieczeniowej, Udział własny Ubezpieczonego: 10% limitu kwotowego na świadczenie
wizyta Lekarza Pierwszego Kontakt	4 wizyty w Okresie ochrony ubezpieczeniowej

## Artykuł 4. Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, zawarcie i rozwiązywanie umowy

1. Ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia „Wizyta u lekarza” objęte są osoby fizyczne, które zawarły Umowę pożyczki oraz zostały objęte ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet Pomocny”.
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 ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet Pomocny”.
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 „Wizyta u lekarza” 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

- optacenia składowki z zastrzeżeniem, 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 „Pakiet Pomocny” w stosunku do danego Ubezpieczonego;
  - 4) następnego dnia po dniu złożenia oświadczenia o rezygnacji danego Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia „Pakiet Pomocny”;
  - 5) następnego dnia po dniu złożenia oświadczenia o rezygnacji danego Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 7;
  - 6) z chwilą odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia;
  - 7) z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia „Pakiet Pomocny”;
  - 8) z chwilą wygaśnięcia Umowy pożyczki.
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 następnego dnia po dniu złożenia oświadczenia o rezygnacji.
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 celu uzyskania świadczenia**

1. W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem, pod numerem telefonu +48 22 563 12 93 i podać następujące informacje:
  - 1) dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz PESEL lub datę urodzenia);
  - 2) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą;
  - 3) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy.
2. W przypadku braku zgłoszenia zdarzenia do Ubezpieczyciela, zgodnie z ust. 1 i zorganizowania świadczeń opisanych w art. 2 ust. 2 we własnym zakresie, roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego dokumentacji, niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. kserokopii diagnozy lekarskiej, dokumentów stwierdzających przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej oraz rachunków i dowodów poniesionych kosztów.
3. W przypadku samodzielnej organizacji świadczenia opisanego w art. 2 ust. 2 pkt 2 przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku organizacji świadczenia we własnym zakresie.
4. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenia przysługujące na podstawie SWU w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
5. Jeżeli wyjaśnienie, w powyższym terminie, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

## **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, w którym miało zostać spełnione świadczenie.

2. Niezależnie od wyłączeń określonych w ust. 1 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe w następstwie:
  - 1) popełnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
  - 2) umyślnego samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub samobójstwa Ubezpieczonego;
  - 3) Zawodowego 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, powódzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne);
  - 9) spożycia alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;
  - 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 niepotwierzonego badaniami;
  - 2) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania.
4. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia, które wystąpiły przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz ich następstwa.

## **Artykuł 7. Postanowienia końcowe**

1. 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 50 B, 02-672 Warszawa, lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
  - 3) elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
2. 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.
3. 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.
4. 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. 3 powyżej.
5. 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.
6. 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 rozwiązywania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: [www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl).

Biuro Rzecznika Finansowego  
Al. Jerozolimskie 87  
02-001 Warszawa  
tel. +48 22 333-73-26 – recepcja  
+48 22 333-73-27 – recepcja  
faks +48 22 333-73-29  
www.rf.gov.pl

7. 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 „Pakiet Pomocny”.
8. 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.
9. Prawem właściwym dla niniejszego SWU jest prawo polskie.
10. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
11. 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.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Warszawa, 13 marca 2019