

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	§ 2 ust. 10, 11, 19, § 3 (Tabela świadczeń i limitów), § 4, § 9 ust. 1, 3-5, 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 (Tabela świadczeń i limitów), § 4, § 6 ust. 2, § 8, § 9 ust. 2, § 10 ust. 5

Warunki Ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

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.
2. 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 lub umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu.

Definicje

§ 2

Pojęciom określonym w niniejszych WU nadaje się znaczenie określone poniżej.

1. **Amatorskie uprawianie sportów** – aktywność sportowa, której celem jest rekreacja i rozrywka.
2. **Centrum Pomocy** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68, kod pocztowy 00-838 – przedstawiciel Ubezpieczyciela, za pośrednictwem którego udzielane są świadczenia assistance, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Ubezpieczającego.
3. **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.
4. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
5. **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.
6. **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.
7. **Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu.
8. **Miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym przebywa Ubezpieczony.
9. **Miejsce zamieszkania** – adres miejsca zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski, podany w momencie zgłoszenia roszczenia do Centrum Pomocy.
10. **Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia Ubezpieczonemu pomocy medycznej.
11. **Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym.
12. **Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej 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.
13. **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.
14. **Roczny okres ubezpieczenia** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami ubezpieczenia z tytułu umowy Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji i operacji w wyniku NW lub choroby lub umowy Pobyt w Szpitalu włącznie z tymi rocznicami. Pierwszy rok obowiązywania umowy Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji i operacji w wyniku NW lub choroby lub umowy Pobyt w Szpitalu rozpoczyna się od początku objęcia ochroną z tytułu danej umowy.
15. **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.
16. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie.
17. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji i operacji w wyniku NW lub choroby, która w dniu zawarcia tej umowy ukończyła 55. rok życia, a nie ukończyła 76. roku życia, lub osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu, która w dniu zawarcia tej umowy ukończyła 18. rok życia, a nie ukończyła 61. roku życia.
18. **Zakres terytorialny** – w odniesieniu zarówno do realizowanych świadczeń, jak i miejsca wystąpienia Zdarzeń ubezpieczeniowych ubezpieczenie obejmuje wyłącznie terytorium Polski.
19. **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.
20. **Zwierzę domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies, z wyłączeniem psów 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

1. 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.
2. 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	Nagłe zachorowanie/ Nieszczęśliwy wypadek	Min. 4 dni Hospitalizacji	3500 zł	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
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 u 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 najbliżej 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 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. Świadczenie nie jest realizowane w sytuacji bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia Ubezpieczonego, kiedy jest wymagane skorzystanie z pomocy pogotowia ratunkowego.

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 zabiegi 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 – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania,
 - 2) UKĄSZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
 - 3) JEDNOSTKI CHOROBY – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Polski,
 - 4) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diety (np. zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowe, cukrzycowe, ubogobiałkowe, bogatobiałkowe, niskokaloryczne, niskocholesterolowe, redukcyjne), zdrowe odżywianie, aktywne spędzanie czasu wolnego, walka ze stresem, efektywny odpoczynek i sen,
 - 5) PROFILAKTYKA – profilaktyka zachorowań na gripę, profilaktyka antynikotynowa,
 - 6) OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
 - 7) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
 - 8) BADANIA KONTROLNE – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - 9) LEKI – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, poziom refundacji leków,
 - 10) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
 - 11) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowania medyczne dotyczące poszczególnych schorzeń oraz promocja zdrowia,
 - 12) GRUPY WSPARCIA – grupy wsparcia, telefony zaufania na terytorium Polski świadczące 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 – działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, tj. szczepienia, specyfika 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 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) 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 lub umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu 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 hospitalizacji i operacji w wyniku NW lub choroby lub umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu, 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 lub umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu 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 lub umowy dodatkowej Pobyt w Szpitalu zawartej z MetLife.

W przypadku określonym w punktach 2 a), 2 c) i 2 e) 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 ograniczenia w poruszaniu się wprowadzonego decyzjami władz administracyjnych, mogących 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, których wykonanie wymaga udostępnienia Ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej lub innych informacji dotyczących dotychczasowego leczenia Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego, jeśli Ubezpieczony nie dostarczył wymaganej dokumentacji lub informacji lub nie wyraził pisemnej zgody na zwolnienie lekarzy i innego personelu medycznego prowadzącego jego dotychczasowe leczenie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz na udostępnienie Ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej z dotychczasowego 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, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia,
 - 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 organizowanej przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki niezastosowania 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.

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) dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem Nagłego zachorowania lub 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 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 kopię 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.
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.

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 wniósł 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.
13. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z umową ubezpieczenia.
14. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl>.

Warszawa, 4 grudnia 2017 roku

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna

ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.
© MetLife TUnŻiR S.A., 2017

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, 2017