

# Karta Produktu

W Karcie Produktu są zawarte najważniejsze informacje o ubezpieczeniu Ochrona Zdrowia dla Ciebie. Pełne informacje są podane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia (OWU) oraz polisie. Karta Produktu nie jest częścią umowy ubezpieczenia, wzorcem umownym ani materiałem marketingowym. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia należy zapoznać się z OWU.



## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ochrona Zdrowia dla Ciebie jest to umowa dodatkowa o charakterze ochronnym, dla osób ubezpieczonych w wieku pomiędzy 18. a 55. rokiem życia, z ochroną na wypadek zdiagnozowania nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego.



## Jaki jest zakres ubezpieczenia i kto otrzyma świadczenie?

Wypłatę świadczenia otrzyma Ubezpieczony w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego (sumę ubezpieczenia, która wynosi 25 000 zł).

Suma ubezpieczenia dla danej umowy jest określona w polisie.



## Jakie są wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej?

**MetLife nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli poważna choroba jest spowodowana:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <b>a</b> Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności), | lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, | leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych, |
| <b>b</b> zdarzeniem związanym z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym   | <b>c</b> spożywaniem przez Ubezpieczonego alkoholu,  | <b>d</b> działaniami wojennymi, czynnym udziałem w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.    |



## Jakie usługi dodatkowe są w tym ubezpieczeniu?

Posiadając ochronę w ramach umowy **Ochrona Zdrowia dla Ciebie**, Ubezpieczony może skorzystać z **Asystenta w Chorobie dla Ciebie**.

To assistance z szerokim zakresem usług, które są wsparciem w powrocie do zdrowia, jak np. pokrycie kosztów chirurgii plastycznej po operacji usunięcia nowotworu, organizacja i pokrycie kosztów pobytu w sanatorium, badania laboratoryjne, w tym markery nowotworowe i biopsja, oraz wiele innych, przydatnych usług.



## Kiedy jest zawarta umowa dodatkowa i rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty wejścia w życie umowy dodatkowej wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem zawarcia umowy dodatkowej oraz opłacenia składki.



## Na jaki okres może być zawarta umowa dodatkowa?

Umowa dodatkowa jest zawierana na okres 5 lat.



## Kiedy kończy się ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa dodatkowa wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z następujących przypadków:

- a** którąkolwiek składka z tytułu Umowy nie została opłacona do końca okresu prolongaty (okresu karencji) przewidzianego w umowie podstawowej, ale nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia składki lub
- b** w dniu śmierci Ubezpieczonego, lub
- c** w dniu wygaśnięcia lub rozwiązania umowy podstawowej, zakończenia okresu opłacania składek w umowie podstawowej, przekształcenia umowy podstawowej w bezskładkową, lub
- d** w dniu powstania obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego, lub
- e** z końcem 5-letniego okresu, za który została opłacona ostatnia składka za umowę dodatkową.



## Kiedy można odstąpić od umowy lub ją rozwiązać?

	Odstąpienie od umowy	Rozwiązanie umowy
<b>Termin</b>	<b>30 dni</b> od daty zawarcia umowy, jeśli Ubezpieczający jest osobą fizyczną lub <b>7 dni</b> od daty zawarcia umowy, jeśli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą	<b>w dowolnym momencie</b> obowiązywania umowy, po upływie terminu na odstąpienie od umowy
<b>Wygąśnięcie ochrony</b>	<b>w dniu</b> , w którym wniosek Ubezpieczającego o odstąpienie od umowy wpłynął do MetLife	z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka

Wniosek o odstąpienie lub rozwiązanie umowy należy przesać do MetLife.



## Jak zgłosić roszczenie?

- przez portal e-rozszczenie:  
[www.eroszczeniemetlife.pl](http://www.eroszczeniemetlife.pl)
- telefonicznie: +48 22 523 50 70  
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- osobiście: w jednym z biur sprzedaży MetLife  
(adresy biur znajdują się na stronie [www.metlife.pl](http://www.metlife.pl))
- na adres e-mail:  
[roszczenia@metlife.pl](mailto:roszczenia@metlife.pl)
- pisemnie na adres:  
MetLife, Dział Roszczeń,  
ul. Przemysłowa 26,  
00-450 Warszawa



## Dodatkowe informacje

Agent ubezpieczeniowy albo osoba wykonująca czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń otrzymuje od MetLife prowizję lub inny rodzaj wynagrodzenia, które są uwzględnione w kwocie składki ubezpieczeniowej.

# Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Ochrona Zdrowia dla Ciebie




Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 2 art. 4 art. 6 Tabela nowotworów złośliwych
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 art. 8 Tabela nowotworów złośliwych

# Ogólne Warunki Ubezpieczenia

## Umowa dodatkowa

Komentarze i wyjaśnienia, które znajdują się w ramach, nie są treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (dalej *OWU*). Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione *kursywą* są zdefiniowane na początku dokumentu lub w *OWU umowy podstawowej*.

Wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

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

## Rozdział I. Postanowienia ogólne

### Artykuł 1. Wstęp

1. Niniejsze *OWU* mają zastosowanie do *umowy dodatkowej* – Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego, zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną (dalej MetLife) z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym*. Stanowią one integralną część umowy ubezpieczenia i są dokumentem wiążącym strony.
2. *Umowa dodatkowa* jest częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). *Umowa dodatkowa* jest zawierana na wniosek *Ubezpieczającego* i obejmuje ochroną *Ubezpieczonego*, wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, który w dacie wejścia w życie *umowy dodatkowej* ukończył 18. rok życia, a nie ukończył 56. roku życia.

### Artykuł 2. Definicje

1. **agent wyłączny** – osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne bezpośrednio w imieniu i na rzecz MetLife,
2. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą u *Ubezpieczonego* chorobą,
3. **poważna choroba** – jednostka chorobowa, która została zdefiniowana poniżej:
  - 3.1. **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost oraz rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki, którego diagnoza została potwierdzona badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez lekarza patomorfologa lub anatomopatologa. Nowotwór złośliwy obejmuje zdiagnozowanie nowotworu określonego w Tabeli nowotworów złośliwych, oznaczonego zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 kodami od C00 do C97 oraz D45, z wyłączeniem C44. Tabela nowotworów złośliwych jest załącznikiem do *umowy dodatkowej*. Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową wszystkie nowotwory złośliwe w przebiegu zakażenia wirusem HIV, wszelkie guzy określone w badaniu histopatologicznym jako o granicznej złośliwości (borderline) oraz stany przednowotworowe: nadmierne rogowacenie nabłonka skóry, dysplazja nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,
  - 3.2. **udar** – nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej wskutek niedokrwienia lub krwawienia do mózgu, lub krwawienia podpajęczynowki. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
    - a) jednoznaczne rozpoznanie szpitalne świeżego udaru mózgu z wystąpieniem nowych objawów neurologicznych,
    - b) udokumentowane nowe i poważne (co oznacza niedowład poniżej 4 stopni w skali Lovetta, afazję, encefalopatię) ubytki neurologiczne, potwierdzone przez lekarza neurologa, utrzymujące się przynajmniej 3 miesiące po incydencie mózgowym,

c) zmiany stwierdzone w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej, lub w innym wiarygodnym badaniu obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebitego udaru mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a) przemijające niedokrwienie mózgu,
- b) stwierdzony w badaniu obrazowym tzw. cichy udar bezobjawowy,
- c) uszkodzenia mózgu spowodowane *nieszczęśliwym wypadkiem* lub urazem,

**3.3. zawał mięśnia sercowego** – oznacze obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Jednoznaczne rozpoznanie świeżego zawału mięśnia sercowego musi być oparte na 3 lub więcej z niżej podanych kryteriów:

- a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
- b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
- c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
- d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
- e) frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
- f) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza),

4. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* lub uprawnionego z *umowy dodatkowej* kierowane do MetLife, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez MetLife lub jego działalności,
5. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach tej *umowy dodatkowej* – zdiagnozowanie *poważnej choroby*.

## Rozdział II. Ochrona ubezpieczeniowa i jej zakres

### Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres terytorialny

1. Przedmiotem tego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia *Ubezpieczonego*.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę, na całym świecie.

### Artykuł 4. Zakres ubezpieczenia

1. Zakres ochrony *umowy dodatkowej* obejmuje *zdarzenie ubezpieczeniowe*, którym jest zdiagnozowanie u *Ubezpieczonego* *poważnej choroby*: *nowotworu złośliwego*, *udaru* lub *zawału mięśnia sercowego*.
2. Wysokość *sumy ubezpieczenia* i składka za *umowę dodatkową* są wskazane w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
3. W przypadku zdiagnozowania u *Ubezpieczonego* *poważnej choroby* MetLife wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tego tytułu.
4. MetLife wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby*, jeżeli łącznie spełnione będą warunki:
  - a) diagnoza *poważnej choroby* nastąpiła po upływie 90 dni od daty wejścia w życie *umowy dodatkowej*,
  - b) w razie prowadzenia procedur diagnostycznych lub leczenia, których efektem jest zdiagnozowanie *poważnej choroby*, czynności te rozpoczęły się po upływie 90 dni od daty wejścia w życie *umowy dodatkowej*,
  - c) *Ubezpieczony* pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty zdiagnozowania *poważnej choroby*.
5. Jeżeli *poważna choroba* została zdiagnozowana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte, lub której leczenie rozpoczęło się po dacie wejścia w życie *umowy dodatkowej* i przed upływem 90 dni od tej daty, świadczenie będzie wynosić 110% składek zapłaconych z tytułu *umowy dodatkowej* do dnia zdiagnozowania *poważnej choroby*.
6. Łączna suma wypłaconych świadczeń z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby* u *Ubezpieczonego* bez względu na liczbę rozpoznanych *poważnych chorób* objętych zakresem ochrony *umowy dodatkowej* oraz bez względu na to, czy *Ubezpieczony* przebył je równocześnie, czy też kolejno, nie może przekroczyć 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby*.
7. Wysokość świadczenia z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby* jest obliczana w oparciu o *sumę ubezpieczenia* obowiązującą w dniu zdiagnozowania *poważnej choroby*.
8. MetLife wypłaci świadczenie z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale V. Wyłączenia odpowiedzialności MetLife.
9. Jeżeli świadczenie z tytułu *umowy dodatkowej* będzie wypłacane *Ubezpieczającemu*, MetLife pomniejszy wypłacaną kwotę o wymagalne składki, które wynikają z *OWU*.

## Rozdział III. Zawarcie umowy dodatkowej i początek odpowiedzialności MetLife

### Artykuł 5. Zawarcie umowy dodatkowej i początek odpowiedzialności MetLife

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na okres 5 lat.
2. Odpowiedzialność MetLife rozpoczyna się od daty wejścia w życie umowy dodatkowej wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem zawarcia umowy dodatkowej oraz opłacenia składki.



**WYJAŚNIENIE:** Ochrona rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, pod warunkiem wpływu składki na rachunek bankowy MetLife i doręczenia polisy Ubezpieczającemu.

## Rozdział IV. Wypłata świadczenia

### Artykuł 6. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego



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

- **przez portal e-rozszczenie:** [www.eroszczeniemetlife.pl](http://www.eroszczeniemetlife.pl),
- **na adres e-mail:** [roszczenia@metlife.pl](mailto:roszczenia@metlife.pl),
- **telefonicznie:** +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- **pisemnie na adres:** MetLife, Dział Roszczeń, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- **osobiście:** w jednym z biur sprzedaży MetLife (adresy biur znajdują się na stronie [www.metlife.pl](http://www.metlife.pl)).

1. Informacje o wymaganych dokumentach i możliwościach ich poświadczania znajdują się na stronie [www.metlife.pl](http://www.metlife.pl).
2. W terminie 7 dni od daty otrzymania informacji o zdarzeniu ubezpieczeniowym MetLife poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie o wymaganych dokumentach określonych w punkcie 3 poniżej.
3. Do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przekazanie MetLife dokumentów:
  - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu MetLife lub w formie pisemnego wniosku, który będzie zawierał dane określone na formularzu MetLife,
  - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
  - kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub potwierdzenie tożsamości przez agenta wyłącznego MetLife, notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Na podstawie otrzymanych dokumentów MetLife potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
5. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, MetLife poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
6. MetLife ma prawo też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyc: notariusz lub osoby upoważnione w biurach sprzedaży MetLife, lub organ, który wydał dokument.
7. 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.
8. MetLife zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
9. 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.
10. MetLife zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
11. 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 punkcie 10 powyżej.

12. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów, które są niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, MetLife może odmówić wypłaty świadczenia.
13. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, MetLife powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione do świadczenia, uzasadniając odmowę w terminach określonych w punktach 10 i 11 powyżej.

### Artykuł 7. Badania 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 dodatkowej*. Badania te są wykonywane w placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*, która współpracuje z MetLife.
2. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt MetLife poddać 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 dodatkowej*.
3. Świadczenia należne z tytułu zdiagnozowania u *Ubezpieczonego poważnej choroby* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

## Rozdział V. Wyłączenia odpowiedzialności MetLife



**WAŻNE:** Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których MetLife może odmówić wypłaty świadczenia.

### Artykuł 8. Wyłączenia odpowiedzialności MetLife

MetLife nie wypłaci świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej*, jeżeli *poważna choroba* jest spowodowana:

- a) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności),
- b) zdarzeniem związanym z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- c) spożywania przez *Ubezpieczonego* alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- d) działaniami wojennymi, czynnym udziałem w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.

## Rozdział VI. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

### Artykuł 9. Odstąpienie od umowy dodatkowej

1. *Ubezpieczający* ma prawo odstąpić od *umowy dodatkowej* w terminie 30 dni, licząc od daty jej zawarcia, a w przypadku, gdy *Ubezpieczający* jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni, licząc od daty jej zawarcia.
2. Odstąpienie od *umowy dodatkowej* następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego MetLife lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
3. W przypadku odstąpienia od *umowy dodatkowej* MetLife zwróci *Ubezpieczającemu* zapłaconą składkę. MetLife zastrzega sobie prawo potrącenia części składki za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zwrot nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez MetLife pisemnego wniosku *Ubezpieczającego* o odstąpieniu od *umowy dodatkowej*.

### Artykuł 10. Rozwiązanie umowy dodatkowej

1. *Ubezpieczający* może w dowolnym momencie obowiązywania *umowy dodatkowej* wypowiedzieć *umowę dodatkową*.
2. Rozwiązanie *umowy dodatkowej* następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego MetLife lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
3. Rozwiązanie *umowy dodatkowej* jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.



**WAŻNE:** W celu rezygnacji z umowy dodatkowej prosimy o powiadomienie o tym MetLife i opłaceniu składki za Umowę pomniejszonej o składkę za tę umowę dodatkową.



## Artykuł 11. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

Umowa dodatkowa wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z następujących przypadków:

- a) którakolwiek składka z tytułu Umowy nie została opłacona do końca okresu prolongaty (okresu karencji) przewidzianego w umowie podstawowej, ale nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia składki lub
- b) w dniu śmierci Ubezpieczonego, lub
- c) w dniu wygaśnięcia lub rozwiązania umowy podstawowej, zakończenia okresu opłacania składek w umowie podstawowej, przekształcenia umowy podstawowej w bezskładkową, lub
- d) w dniu powstania obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego, lub
- e) z końcem 5-letniego okresu, za który została opłacona ostatnia składka za umowę dodatkową.

W przypadkach określonych w punkcie c) powyżej MetLife zwróci Ubezpieczającemu część składki z tytułu umowy dodatkowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

## Rozdział VII. Postanowienia końcowe

### Artykuł 12. Umowa dodatkowa jako część Umowy

Warunki umowy podstawowej odnoszą się również do umowy dodatkowej, z wyjątkiem postanowień dotyczących:

- a) indeksacji składki i świadczeń,
- b) wznawiania ochrony ubezpieczeniowej,
- c) wykupu Umowy/wypłaty świadczenia (częściowego lub całkowitego) wykupu,
- d) przekształcenia Umowy w ubezpieczenie bezskładkowe,
- e) premii nadzwyczajnej/udziału w zysku,
- f) samobójstwa,
- g) możliwości postępowania w przypadku zaprzestania opłacania składek (wykup i ubezpieczenie bezskładkowe).

### Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy dodatkowej może złożyć reklamację:
  - a) pisemnie na adres: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
  - b) na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
  - c) telefonicznie: +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
  - d) osobiście: w jednym z biur sprzedaży MetLife (adresy biur znajdują się na stronie [www.metlife.pl](http://www.metlife.pl)).
2. Każda reklamacja złożona zgodnie z punktem 1 powyżej 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 punkcie 2 powyżej, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania reklamacji. W takim przypadku 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.” jest dostępna na stronie [www.metlife.pl](http://www.metlife.pl).
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy dodatkowej 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/>.

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

1. Prawem właściwym dla *umowy dodatkowej* jest prawo obowiązujące w Polsce.
2. Wszelkie spory, które mogą wyniknąć z *umowy dodatkowej* lub z nią związane pomiędzy MetLife a odpowiednio *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym*, uprawnionym z *umowy dodatkowej* lub ich spadkobiercami, będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby odpowiednio *Ubezpieczającego, Ubezpieczonego*, uprawnionego z *umowy dodatkowej* lub ich spadkobierców.
3. Działalność MetLife podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej MetLife publikowane są na stronie [www.metlife.pl](http://www.metlife.pl) po zakończeniu roku sprawozdawczego.
5. Komunikacja z MetLife odbywa się w języku polskim.

Warszawa, 24 maja 2021 r.



Monika Spadło-Kolano  
Prezes Zarządu



Agata Lem-Kulig  
Członek Zarządu MetLife

# Załącznik do umowy dodatkowej

## Tabela nowotworów złośliwych



**WAŻNE:** Tabela nowotworów złośliwych została sporządzona w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 dostępną na stronie [www.cez.gov.pl](http://www.cez.gov.pl).

Nr	Klasyfikacja ICD-10	Nazwa jednostki chorobowej
1	C00	Nowotwór złośliwy wargi
2	C01	Nowotwór złośliwy nasady języka
3	C02	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka
4	C03	Nowotwór złośliwy dziąsła
5	C04	Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej
6	C05	Nowotwór złośliwy podniebienia
7	C06	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej
8	C07	Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej
9	C08	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych
10	C09	Nowotwór złośliwy migdałka
11	C10	Nowotwór złośliwy części ustnej gardła
12	C11	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła
13	C12	Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego
14	C13	Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła
15	C14	Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła
16	C15	Nowotwór złośliwy przełyku
17	C16	Nowotwór złośliwy żołądka
18	C17	Nowotwór złośliwy jelita cienkiego
19	C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego
20	C19	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
21	C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy
22	C21	Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu
23	C22	Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych
24	C23	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego
25	C24	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych
26	C25	Nowotwór złośliwy trzustki
27	C26	Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów układu pokarmowego
28	C30	Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego
29	C31	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych
30	C32	Nowotwór złośliwy krtani
31	C33	Nowotwór złośliwy tchawicy

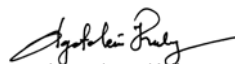
Nr	Klasyfikacja ICD-10	Nazwa jednostki chorobowej
32	C34	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca
33	C37	Nowotwór złośliwy grasicy
34	C38	Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i płucnej
35	C39	Nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie układu oddechowego i narządów klatki piersiowej
36	C40	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn
37	C41	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
38	C43	Czerniak złośliwy skóry
39	C45	Międzybłoniak
40	C46	Mięsak Kaposiego
41	C47	Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i układu nerwowego wegetatywnego
42	C48	Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej
43	C49	Nowotwór złośliwy tkanki łącznej i innych tkanek miękkich
44	C50	Nowotwór złośliwy piersi
45	C51	Nowotwór złośliwy sromu
46	C52	Nowotwór złośliwy pochwy
47	C53	Nowotwór złośliwy szyjki macicy
48	C54	Nowotwór złośliwy trzonu macicy
49	C55	Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy
50	C56	Nowotwór złośliwy jajnika
51	C57	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych
52	C58	Nowotwór złośliwy łożyska
53	C60	Nowotwór złośliwy prącia
54	C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego
55	C62	Nowotwór złośliwy jądra
56	C63	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych
57	C64	Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej
58	C65	Nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej
59	C66	Nowotwór złośliwy moczowodu
60	C67	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
61	C68	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów moczowych
62	C69	Nowotwór złośliwy oka i przydatków oka
63	C70	Nowotwór złośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
64	C71	Nowotwór złośliwy mózgu
65	C72	Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części ośrodkowego układu nerwowego
66	C73	Nowotwór złośliwy tarczycy
67	C74	Nowotwór złośliwy nadnerczy
68	C75	Nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych

Nr	Klasyfikacja ICD-10	Nazwa jednostki chorobowej
69	C76	Nowotwór złośliwy o umiejscowieniu innym i niedokładnie określonym
70	C77	Wtórny i nieokreślony nowotwór złośliwy węzłów chłonnych
71	C78	Wtórny nowotwór złośliwy układu oddechowego i pokarmowego
72	C79	Wtórny nowotwór złośliwy o innym umiejscowieniu
73	C80	Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia
74	C81	Ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina)
75	C82	Chłoniak nieziarniczny guzkowy (grudkowy)
76	C83	Chłoniak nieziarniczny rozlany
77	C84	Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T
78	C85	Inne i nieokreślone postacie chłoniaka nieziarniczego
79	C88	Złośliwe choroby immunoproliferacyjne
80	C90	Szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych
81	C91	Białaczkę limfatyczną
82	C92	Białaczkę szpikową
83	C93	Białaczkę monocytową
84	C94	Inne białaczki określonego rodzaju
85	C95	Białaczkę z komórek nieokreślonego rodzaju
86	C96	Inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych
87	C97	Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu
88	D45	Czerwieńca prawdziwa

Warszawa, 24 maja 2021 r.



Monika Spadło-Kolano  
Prezes Zarządu



Agata Lem-Kuřig  
Członek Zarządu MetLife

# Errata do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (OWU)

umów podstawowych:

**MetLife na Życie, MetLife Gwarancja Jutra, Gwarantowana Emerytura+ z dedykowaną umową dodatkową, MetLife Każdy Ważny, MetLife START55 z dedykowanymi umowami dodatkowymi,**

umów dodatkowych:

**Bezpieczne Dziecko Premium, Diagnoza Nowotworu, Diagnoza Nowotworu (F), Dopasowana Ochrona Życia, Druga Opinia Medyczna, Konsultacja Medyczna, Leczenie Dziecka (F), Niezdolność do Pracy (F), Ochrona bez Barrier, Ochrona bez Zmian, Ochrona na Wszelki Wypadek, Ochrona Zdrowia dla Ciebie, Ochrona Życia, Ochrona Życia (F), Pobyt w Szpitalu, Pobyt w Szpitalu (F), Podwojona Ochrona, Poważne Choroby (F), Rachunek dodatkowy, Renta dla Bliskich, Trwałe Inwalidztwo po Wypadku (F), Twoje Wsparcie Szpitalne, Uszkodzenie Ciała po Wypadku, Uszkodzenie Ciała po Wypadku (F), Wsparcie Bliskich po Wypadku, Wsparcie dla Bliskich po Wypadku (F), Wsparcie w Chorobie,**

pakietów ubezpieczeniowych:

**MetLife na Wypadek z dedykowanymi umowami dodatkowymi, MetLife na Zdrowie, Twoja Bezpieczna Przyszłość, Zostańmy Razem, Bezpieczne Dziecko z dedykowaną umową dodatkową**

dotyczących umów ubezpieczenia zawartych od 23 kwietnia 2022

## Zmiana informacji dotyczących sposobów zgłaszania roszczeń i składania reklamacji

**W związku ze zmianą właściciela polskich spółek MetLife na Grupę NN MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. informuje o zmianie treści poniższych artykułów w powyżej wskazanych OWU, o ile dana treść w odpowiednich OWU ma zastosowanie.**

Zmiana polega na zmianie treści **artykułu dotyczącego Zgłoszenia roszczenia i wypłaty świadczenia** w ramce WYJAŚNIENIE, w której określone są sposoby zgłaszania roszczeń:

1. Podpunkt, w którym jest informacja o możliwości zgłoszenia roszczenia na adres e-mail, zostaje usunięty w całości.

Zmiana polega na zmianie treści **artykułu dotyczącego Reklamacji i mediacji** w punkcie, w którym określone są sposoby składania reklamacji:

1. W podpunkcie, w którym jest informacja o możliwości złożenia reklamacji na adres e-mail, zostaje wskazany nowy adres e-mail: [lifefinfo@nn.pl](mailto:lifefinfo@nn.pl).

Warszawa, 21 kwietnia 2022

# Szczególne Warunki Ubezpieczenia

do Umowy dodatkowej „Ochrona Zdrowia dla Ciebie”

Informacja dotycząca ubezpieczenia Asystent w Chorobie dla Ciebie

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 3 art. 6
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 4 art. 5 art. 6 ust. 11

# Szczególne Warunki Ubezpieczenia do Umowy dodatkowej „Ochrona Zdrowia dla Ciebie”

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia „Asystent w Chorobie dla Ciebie” (dalej: SWU) mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia (dalej: Umowa ubezpieczenia assistance) zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym i regulują zasady oraz zakres ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczonych, którzy zostali objęci ochroną w ramach Umowy dodatkowej „Ochrona Zdrowia dla Ciebie”.

## Artykuł 1. Definicje

- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- Choroba przewlekła** – to: stan chorobowy zdiagnozowany przed datą objęcia Umową ubezpieczenia assistance, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, lub choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną leczenia szpitalnego w okresie 12 miesięcy przed objęciem Umową ubezpieczenia assistance;
- Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
- Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Zaostrzenia Choroby przewlekłej;
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela;
- Miejsce zamieszkania** – mieszkanie lub dom jednorodzinny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego adres został wskazany przez Ubezpieczonego przy zawieraniu Umowy dodatkowej „Ochrona Zdrowia dla Ciebie”; Ubezpieczony może w każdej chwili wskazać inny adres zamiast poprzednio wskazanego adresu;
- Nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
- Nowotwór** – Nowotwór złośliwy, Rak przedinwazyjny, Niezłośliwy nowotwór mózgu lub Czerniak złośliwy, którego diagnoza została potwierdzona badaniem histopatologicznym [dotyczy poniższych punktów 1), 2) i 4)] przeprowadzonym przez lekarza patomorfologa lub anatomopatologa, określony w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 poprzez następujące numery kodowe: C00-C26, C30-C34, C37-C41, C43-C58 (przy czym: C43 Czerniak złośliwy skóry – w stopniu zaawansowania IA lub IB wg klasyfikacji TNM lub w stopniu zaawansowania wyższym niż IB wg klasyfikacji TNM); C60-C85 (przy czym: C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego – opisywany w skali TNM jako T1N0M0 lub jako wyższy niż T1N0M0; C73 Nowotwór złośliwy tarczycy – rak brodawkowaty tarczycy T1N0M0 o średnicy mniejszej niż 1 cm lub inny przypadek niż wymieniony powyżej); C88, C90-C97 (przy czym: C91 Białaczka limfatyczna – przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania 0, I lub II wg klasyfikacji RAI, jeżeli nie jest wdrożona chemioterapia lub przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania III lub IV wg klasyfikacji RAI, lub przewlekła białaczka limfatyczna), D00-D07, D09, D32, D33, D45:
  - Nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost oraz rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki;
  - Rak przedinwazyjny (Carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające;
  - Niezłośliwy nowotwór mózgu** – jednoznacznie rozpoznany w dokumentacji medycznej wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwałe ubytek neurologiczny;
  - Czerniak złośliwy** – w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 2 w klasyfikacji TNM; zakres ochrony nie obejmuje innych nowotworów skóry;
- Okres ubezpieczenia** – okres ochrony danego Ubezpieczonego, odpowiadający okresowi ochrony w ramach Umowy dodatkowej „Ochrona Zdrowia dla Ciebie”;
- Operacja plastyczna** – zabieg operacyjny przeprowadzony w warunkach bloku operacyjnego mający na celu rekonstrukcję narządu, usunięcie okaleczeń, blizn lub deformacji ciała Ubezpieczonego powstałych w wyniku operacji przeprowadzonej w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego (operacji usunięcia Nowotworu);
- Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- Sanatorium** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład lecznictwa uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa), zgodnie z art. 6 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych;



13. **Szpital** – zakład leczniczy działający na podstawie przepisów prawa, który wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
14. **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;
15. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, objęta ochroną w ramach Umowy dodatkowej „Ochrona Zdrowia dla Ciebie”, która została zgłoszona do Umowy ubezpieczenia assistance przez Ubezpieczającego;
16. **Ubezpieczyciel** – spółka działająca pod firmą AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą przy ul. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000189340, NIP: 107-00-00-16, REGON: 0156476904, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L’Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France;
17. **Umowa dodatkowa „Ochrona Zdrowia dla Ciebie”** – umowa ubezpieczenia zapewniająca dodatkową ochronę ubezpieczeniową na wypadek zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego;
18. **Umowa ubezpieczenia assistance** – umowa ubezpieczenia assistance, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, do której mają zastosowanie SWU;
19. **Zaostrzenie Choroby przewlekłej** – nasilenie objawów chorobowych ze strony tego samego lub innego narządu lub układu, pozostające w bezpośrednim związku z Chorobą przewlekłą, przebiegające w sposób ostry (burzliwy) i wymagające udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej;
20. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w ramach Umowy ubezpieczenia assistance:
  - 1) Choroba,
  - 2) Zaostrzenie Choroby przewlekłej,
  - 3) diagnoza Nowotworu,
  - 4) Nagłe zachorowanie.

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

1. Do Umowy ubezpieczenia assistance może zostać zgłoszona przez Ubezpieczającego osoba objęta ochroną z tytułu Umowy dodatkowej „Ochrona Zdrowia dla Ciebie”.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany zgłosić osobę, o której mowa w ust. 1, na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia assistance, oraz przekazać tej osobie SWU.
3. Składkę za Ubezpieczonych, zgłoszonych przez Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi, uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia assistance.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dacie wejścia w życie Umowy dodatkowej „Ochrona Zdrowia dla Ciebie”, pod warunkiem zawarcia ww. umowy oraz opłacenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia zostaje automatycznie przedłużony na kolejny Okres ubezpieczenia, o ile Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie postanowią inaczej.
5. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia assistance na piśmie w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia assistance.
6. W przypadku wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia assistance przed upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia assistance została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany Okres ubezpieczenia.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:
  - 1) w przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia assistance w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia;
  - 2) z chwilą rozwiązania Umowy dodatkowej „Ochrona Zdrowia dla Ciebie” na warunkach w niej określonych;
  - 3) 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;
  - 4) w dniu śmierci Ubezpieczonego.

### Artykuł 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:
  - 1) świadczeń medycznych na rzecz Ubezpieczonego – w razie Choroby i Zaostrzenia Choroby przewlekłej;
  - 2) świadczeń assistance na rzecz Ubezpieczonego – w razie diagnozy Nowotworu;
  - 3) chirurgii estetycznej na rzecz Ubezpieczonego – w razie diagnozy Nowotworu;
  - 4) telekonsultacji z lekarzem pierwszego kontaktu na rzecz Ubezpieczonego – w razie Nagłego zachorowania lub Zaostrzenia Choroby przewlekłej;
 wskazanych w ust. 3 (Tabela nr 1), w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, w granicach i do limitów wskazanych w art. 4.
3. Zakres świadczeń wymienionych w ust. 2 określa poniższa Tabela nr 1:

#### ASYSTENT W CHOROBIE DLA CIEBIE

**ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE:** Choroba, Zaostrzenie Choroby przewlekłej

Świadczenia medyczne na rzecz Ubezpieczonego		Limity na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe	
Maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania w odniesieniu do każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego		15 (badania laboratoryjne w ramach Diagnostyki laboratoryjnej z jednego skierowania stanowią jedno świadczenie)	
<b>Konsultacje lekarskie</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chirurg</li> <li>2. Dermatolog</li> <li>3. Endokrynolog</li> <li>4. Ginekolog</li> <li>5. Hepatolog</li> <li>6. Hematolog</li> <li>7. Kardiolog</li> <li>8. Nefrolog</li> <li>9. Neurolog</li> <li>10. Okulista</li> <li>11. Onkolog</li> <li>12. Ortopeda</li> <li>13. Otolaryngolog</li> <li>14. Psycholog</li> <li>15. Pulmonolog</li> <li>16. Urolog</li> </ol>		
<b>Diagnostyka laboratoryjna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● moc – badanie ogólne,</li> <li>● OB,</li> <li>● morfologia,</li> <li>● APTT,</li> <li>● PT,</li> <li>● fibrynogen,</li> <li>● glukoza,</li> <li>● elektrolity (sód i potas),</li> <li>● lipidogram,</li> <li>● próby wątrobowe,</li> <li>● amylaza,</li> <li>● mocznik,</li> <li>● TSH,</li> <li>● kreatynina,</li> <li>● kwas moczowy,</li> <li>● proteinogram,</li> <li>● ferrytyna,</li> <li>● wapń całkowity,</li> <li>● fosfor nieorganiczny,</li> <li>● magnez,</li> <li>● CRP ilościowo,</li> <li>● HBs przeciwciała,</li> <li>● IgE całkowite,</li> <li>● markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21.</li> </ul>	Świadczenia do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	Do wyczerpania maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania (dla Zaostrzenia Choroby przewlekłej ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie ubezpieczenia)

<b>Badania specjalistyczne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym),</li> <li>• RTG,</li> <li>• USG,</li> <li>• rezonans magnetyczny,</li> <li>• tomografia komputerowa.</li> </ul>	Świadczenia do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	Do wyczerpania maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania (dla Zaostrzenia Choroby przewlekłej limit 4 Zdarzeń ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie ubezpieczenia)
<b>Sanatorium</b>	transport Ubezpieczonego z Miejsca zamieszkania do Sanatorium, transport powrotny, zabiegi, zakwaterowanie, wyżywienie (wymagane skierowanie od Lekarza prowadzącego leczenie)	2000 zł / Zdarzenie ubezpieczeniowe	
<b>Rehabilitacja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ćwiczenia wytrzymałościowe, cykloergometr, bieżnia, stepper,</li> <li>• ćwiczenia ogólnoustrojowe,</li> <li>• trening oporowy,</li> <li>• fizykoterapia i rehabilitacja oddechu.</li> </ul>	2000 zł / Zdarzenie ubezpieczeniowe	

**ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE:** diagnoza Nowotworu

#### Świadczenia assistance na rzecz Ubezpieczonego

#### Limity

Zwrot kosztów peruk i protez

4000 zł / Zdarzenie ubezpieczeniowe

#### Chirurgia estetyczna na rzecz Ubezpieczonego

#### Limity

**Organizacja i pokrycie kosztów Operacji plastycznej** – na podstawie pisemnego zalecenia poddania się zabiegowi operacyjnemu z zakresu chirurgii plastycznej, w celu rekonstrukcji narządu, usunięcia kaleczeń, blizn lub deformacji ciała po operacji przeprowadzonej w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego (operacji usunięcia Nowotworu).

6000 zł / Zdarzenie ubezpieczeniowe

**ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE:** Nagłe zachorowanie, Zaostrzenie Choroby przewlekłej

#### Telekonsultacje na rzecz Ubezpieczonego

<b>Telekonsultacje z lekarzem pierwszego kontaktu</b>	<p>Organizacja i pokrycie kosztów zdalnych porad lekarskich udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym: teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem chatu (w ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy), obejmujących:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych),</li> <li>• zdalne wystawienie skierowania na badania lub zabiegi (w przypadkach medycznie uzasadnionych),</li> <li>• zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach medycznie uzasadnionych i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość),</li> <li>• zdalną poradę lekarską udzielaną przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę w zakresie wyników przeprowadzonych badań.</li> </ul>	12 porad lekarskich w każdym dwunastomiesięcznym Okresie ubezpieczenia
---	---	--

#### Artykuł 4. Limity kwotowe świadczeń

Ustalone limity kwotowe w odniesieniu do świadczeń wskazanych w art. 3 ust. 3 stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego.

#### Artykuł 5. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

- Przewidziane w niniejszym dokumencie świadczenia nie przysługują, a więc Ubezpieczyciel nie ma obowiązku organizowania i ponoszenia kosztów wskazanych powyżej w art. 3 świadczeń, jeśli Choroba, Zaostrzenie Choroby przewlekłej, diagnoza Nowotworu lub Nagłe zachorowanie nastąpiło w wyniku:
  - działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
  - skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;

- 3) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu 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;
- 4) spożycia przez Ubezpieczonego leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.
2. Nasza odpowiedzialność w zakresie świadczeń telekonsultacji nie obejmuje:
  - 1) wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
  - 2) wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprzed zajścia zdarzenia, w związku z którym organizowaliśmy świadczenie,
  - 3) wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą honorowane przez podmioty lecznicze (w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej), realizujące świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance lub zwrot kosztów świadczeń wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

## **Artykuł 6. Postępowanie w razie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego i realizacja świadczeń**

1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w celu skorzystania ze świadczeń wymienionych w art. 3 ust. 3 (Tabela nr 1), Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca zobowiązana jest skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu 22 564 06 13 i podać dostępne informacje niezbędne do realizacji świadczeń:
  - 1) dane umożliwiającej identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz PESEL lub datę urodzenia);
  - 2) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 3) rodzaj wymaganej pomocy;
  - 4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z osobą zgłaszającą;
  - 5) inne informacje niezbędne do realizacji świadczenia.
2. W celu realizacji świadczeń wymienionych w art. 3 ust. 3 Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca zobowiązana jest przesłać do Ubezpieczyciela, w sposób ustalony z Ubezpieczycielem, następujące dokumenty:
  - 1) w przypadku świadczeń medycznych – kopię skierowania Lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia konsultacji, badań, Operacji plastycznej lub zalecenia dodatkowych świadczeń, zgodnie z opisem dla danego świadczenia;
  - 2) w przypadku świadczenia zwrot kosztów peruk i protez – diagnozę medyczną wystawioną przez Lekarza prowadzącego leczenie, potwierdzającą zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, zawierającą datę postawienia rozpoznania (diagnozy) Nowotworu;
  - 3) w przypadku świadczenia chirurgia estetyczna na rzecz Ubezpieczonego (organizacja i pokrycie kosztów Operacji plastycznej), oprócz dokumentów wymienionych w pkt 2 – dokumentację medyczną potwierdzającą przeprowadzenie operacji usunięcia Nowotworu;
  - 4) w przypadku świadczenia sanatoryjnego:
    - a) diagnozę medyczną wystawioną przez Lekarza prowadzącego leczenie, potwierdzającą zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, zawierającą datę postawienia rozpoznania (diagnozy) Choroby lub Zaostreżenia Choroby przewlekłej,
    - b) pisemne zalecenie od Lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskiej bądź skierowanie na takie leczenie lub rehabilitację,
    - c) pisemne potwierdzenie z NFZ o pozytywnej kwalifikacji do Sanatorium.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
4. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
5. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności realizacji świadczeń w związku ze zgłoszonym roszczeniem o świadczenie Ubezpieczyciel, w terminie 3 Dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
6. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia Ubezpieczyciel, nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 albo ust. 5, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.

7. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń (z wyjątkiem świadczenia sanatoryjnego oraz telekonsultacji) wynosi do 5 Dni roboczych, licząc od dnia przesłania do Ubezpieczyciela dokumentów, o których mowa w ust. 2 albo ust. 5, chyba że Ubezpieczony lub osoba, która zgłosiła Zdarzenie ubezpieczeniowe, wskaże termin późniejszy.
8. W przypadku telekonsultacji czas oczekiwania na realizację świadczenia wynosi do 1 Dnia roboczego, licząc od dnia przesłania do Ubezpieczyciela dokumentów, o których mowa w ust. 2 albo ust. 5, chyba że Ubezpieczony lub osoba, która zgłosiła Zdarzenie ubezpieczeniowe, wskaże termin późniejszy.
9. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczenia sanatoryjnego wynosi do 10 Dni roboczych, licząc od dnia przesłania do Ubezpieczyciela dokumentów, o których mowa w ust. 2 lub ust. 5, chyba że Ubezpieczony lub osoba, która zgłosiła Zdarzenie ubezpieczeniowe, wskaże termin późniejszy.
10. Koszty świadczeń medycznych realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszych SWU, z wyjątkiem świadczenia assistance na rzecz Ubezpieczonego: zwrot kosztów peruk i protez, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Płacówek medycznych realizujących te świadczenia.
11. Jeżeli Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełniła któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1, 2, 5, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub zakres świadczeń, Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

## **Artykuł 7. Prawa i obowiązki z tytułu Umowy ubezpieczenia assistance**

1. Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca ma prawo do zgłoszenia Ubezpieczycielowi Zdarzenia ubezpieczeniowego, począwszy od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia.
2. Osoba, o której mowa w ust. 1 powyżej, w celu prawidłowej realizacji świadczeń wskazanych w art. 3, powinna postępować zgodnie z dyspozycjami wydanymi przez Ubezpieczyciela.
3. Do obowiązków Ubezpieczyciela należy:
  - 1) przyjmowanie i rejestracja zgłoszeń Zdarzeń ubezpieczeniowych;
  - 2) informowanie osoby zgłaszającej zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
  - 3) rozpatrywanie roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia assistance.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do wypełniania obowiązków niezbędnych do realizacji Umowy ubezpieczenia assistance, a w szczególności do:
  - 1) przekazywania SWU osobom objętym ochroną ubezpieczeniową – wraz z ofertą zawarcia Umowy dodatkowej „Ochrona Zdrowia dla Ciebie”, której zawarcie powoduje objęcie Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia assistance;
  - 2) terminowego przekazywania składek należnych z tytułu Umowy ubezpieczenia assistance za wszystkich Ubezpieczonych;
  - 3) dostarczania Ubezpieczycielowi listy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia assistance i występujących z Umowy ubezpieczenia assistance, na zasadach opisanych w Umowie;
  - 4) niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o zmianie danych Ubezpieczonych (jeśli jest w ich posiadaniu), niezbędnych do prawidłowego wykonywania Umowy ubezpieczenia assistance.

## **Artykuł 8. Postanowienia końcowe**

1. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia assistance Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy ubezpieczenia assistance bądź ich spadkobiercy mogą złożyć do Ubezpieczyciela w formie:
  - 1) ustnej – telefonicznie pod numerem telefonu: 22 564 06 13 (od poniedziałku do piątku, w dni robocze w godzinach 8-16), albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela;
  - 2) pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
  - 3) korespondencji elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
2. Reklamacje związane z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia assistance złożone do Ubezpieczającego będą przekazywane do Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia assistance niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni, o wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres do doręczeń wskazany przez składającego reklamację w jej treści. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.

5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez: złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora Oddziału Ubezpieczyciela. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest niezwłocznie w formie pisemnej, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 4 wyżej.
6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia assistance, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia assistance przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w Ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w Ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: [www.rf.gov.pl](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](http://www.rf.gov.pl)

8. W sprawach nieregulowanych niniejszymi SWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie Umowy ubezpieczenia assistance.
9. Prawem właściwym dla SWU jest prawo polskie.
10. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia assistance bądź ich spadkobiercami jest język polski.
11. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia assistance można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia assistance można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia assistance.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia assistance można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia assistance.
14. Niniejsze SWU przyjęte zostały uchwałą Ubezpieczyciela nr U/033/2021 z dnia 26.05.2021 r. i wchodzi w życie z dniem 25.06.2021 r.

# Polityka prywatności

## Zasady ochrony prywatności

**AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce** („my”, „nas”, „nasze”), wchodzący w skład Allianz Worldwide Partners SAS, jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawniane. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

### 1. Kim jest administrator danych?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych i odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce jest właśnie administratorem danych.**

### 2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, zgodnie z poniższym wykazem:

- Nazwisko (w tym nazwisko rodowe), imię (imiona)
- Imiona rodziców
- PESEL
- Adres zameldowania i zamieszkania
- Data urodzenia
- Płeć
- Numer, data wydania, data ważności, organ wydający i rodzaj dokumentu tożsamości
- Numery telefonów
- Adres e-mail
- Informacje o posiadanym prawie jazdy (kategoria, data wydania, data ważności, numer dokumentu)
- Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym
- Numer rejestracyjny pojazdu
- Numer VIN pojazdu
- Numer polisy
- Dane dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia
- Dane o pracodawcy i statusie zatrudnienia
- Obywatelstwo
- Informacje o prowadzonej działalności gospodarczej
- Dane pozyskane w trakcie zgłoszenia oraz likwidacji szkody

W zależności od Państwa umowy lub szkody poprosimy jedynie o dane niezbędne w konkretnym przypadku. Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, tj. dane dotyczące stanu zdrowia oraz dane ze świadectw zgonu.

### 3. W jaki sposób będziemy uzyskiwać i wykorzystywać Państwa dane osobowe?

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału (tj. z placówek medycznych, od Państwa pracodawcy, z Narodowego Funduszu Zdrowia) zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
Zarządzanie umową, w tym umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód, rozpatrywanie reklamacji)	Nie (z wyjątkiem sytuacji, kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji, kiedy nie są Państwo naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych)	Art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. a) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. g) w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
W celu informowania Państwa, lub umożliwienia spółkom z Grupy AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas, klikając na link „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak	Art. 6 ust. 1 lit. a) RODO*, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest marketing bezpośredni naszych produktów i usług)
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego)
W celu ograniczenia ryzyka w zakresie sankcji gospodarczych poprzez weryfikację i zastosowanie innych odpowiednich środków sprawdzających, czy klient lub ryzyko podlegające ubezpieczeniu nie podlega jakimkolwiek ograniczeniom oraz czy umowa nie narusza żadnych sankcji gospodarczych, poprzez cykliczne kontrole ubezpieczonych i klientów, a także – na etapie likwidacji szkody – poprzez przeprowadzenie analizy pod względem obowiązywania sankcji finansowych w odniesieniu do ubezpieczonego oraz, w stosownych wypadkach, beneficjenta przed wypłatą odszkodowania lub świadczenia	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zapobieganie przestępstwom ubezpieczeniowym i obrona przed nadużyciami)
W celu badania satysfakcji klienta	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest badanie jakości świadczonych przez nas usług oraz poziomu zadowolenia naszych klientów z tych usług)
W celu ustalenia, dochodzenia i obrony przed roszczeniami	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest możliwość ustalenia, dochodzenia i obrony przed ewentualnymi roszczeniami)

Na cele określone powyżej nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem niektórych sytuacji, kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia lub nie są Państwo naszym klientem), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiaru nabycia naszych produktów i usług lub likwidacji zgłoszonej szkody. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwrócą lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb lub zlikwidować zgłoszonej przez Państwa szkody.



W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www), będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę, to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży.

Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili tworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do jej zakwestionowania, uzyskania jej uzasadnienia, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

#### **4. Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?**

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i innym podwykonawcom świadczącym usługi na rzecz AWP w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami, likwidacja szkody, wykonanie umowy poprzez wykonanie usług na rzecz uprawnionej osoby) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępniemy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe na następujących przypadkach:

- w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, połączenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zapasów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub
- w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

#### **5. Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?**

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regułami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. W wypadku, gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

#### **6. Jakie uprawnienia przysługują Państwu w odniesieniu do danych osobowych?**

ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;

- uzyskania swoich danych osobowych w formacie elektronicznym na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych. W Polsce organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw, kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych, wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na stronie: <https://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

## 7. Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniemy dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy.

W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

## 8. Jak długo przechowujemy dane osobowe?

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe przez 6 lat od daty ustania lub rozwiązania umowy lub stosunku ubezpieczenia, lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody, lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 6-letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń oraz konieczności archiwizacji dokumentów zgodnie z ustawą o rachunkowości.

Nie będziemy przechowywać Państwa danych osobowych dłużej niż jest to konieczne i będziemy je przechowywać jedynie w celach, w których je uzyskaliśmy.

## 9. Jak można się z nami skontaktować?

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu wykorzystania przez nas Państwa danych osobowych można się z nami skontaktować listownie pod adresem:

**AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce**  
**ul. Konstruktorska 12**  
**02-673 Warszawa**

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, którym jest Pani Katarzyna Kosińska. Z Inspektorem można się kontaktować pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

**Inspektor Ochrony Danych**  
**AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce**  
**ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa**  
 E-mail: [iodopl@mondial-assistance.pl](mailto:iodopl@mondial-assistance.pl)

Można również skontaktować się z nami za pomocą Formularza Wniosku o Dostęp do Danych dostępnego na <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx>.

## 10. Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?

Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej: <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx> dostępna była zawsze ich aktualna wersja, a ponadto, o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście. Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce w dniu **01.01.2021 r.**

- \* RODO – Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119z 04.05.2016, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2).

Informujemy, że polskie spółki MetLife zmieniły właściciela – teraz są częścią Grupy NN. O tym, co ważne, mówimy wprost: dla klientów i partnerów biznesowych nic się nie zmienia i nie muszą nic robić. Jediną różnicą jest zmiana domeny e-mail z @metlife.pl na @nn.pl lub @nnfinanse.pl. Grupa NN to stabilna, międzynarodowa grupa finansowa, która w Polsce działa od 26 lat pod marką Nationale-Nederlanden. Dowiedz się więcej na [www.metlife.pl/GrupaNN](http://www.metlife.pl/GrupaNN).

**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 TUnZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

