

Karta Produktu „Wsparcie Szpitalne”

Karta Produktu zawiera podstawowe informacje dotyczące **Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów P4 Sp. z o.o. „WSPARCIE SZPITALNE” (8963)**. Karta Produktu nie jest częścią Umowy Ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. (Towarzystwo) z siedzibą w Warszawie we współpracy z P4 Sp. z o.o. (Ubezpieczający) z siedzibą w Warszawie na podstawie Rekomendacji U z dnia 24 czerwca 2014 r. dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance oraz Wytycznych dla zakładów ubezpieczeń dotyczących dystrybucji ubezpieczeń wydanych przez Komisję Nadzoru Finansowego i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie i pomóc Klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza ze **Szczególnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie „WSPARCIE SZPITALNE” (SWU)**, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu. Pojęcia pisane dużą literą mają znaczenie określone w SWU.

Jeśli cechy produktu zawarte w niniejszej Karcie nie są zrozumiałe lub dopasowanie produktu do potrzeb budzi wątpliwość, warto skontaktować się z Infolinią Towarzystwa przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia.

W przypadku Umowy Ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Towarzystwo na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje dotyczące Umowy Ubezpieczenia na piśmie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

1 UBEZPIECZONY

Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą (Abonent), będąca stroną zawartą z Ubezpieczającym Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych i która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyła 18. rok życia, a nie ukończyła 65. roku życia.

2 UBEZPIECZAJĄCY

P4 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie

3 TOWARZYSTWO

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie

4 ROLA P4 SP. Z O.O.

Ubezpieczający

5 TYP I CHARAKTER UMOWY UBEZPIECZENIA

Grupowa Umowa Ubezpieczenia o charakterze ochronnym (Umowa Ubezpieczenia)

6 ZAKRES UBEZPIECZENIA

- śmierć Ubezpieczonego,
- Hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek NW oraz
- Hospitalizacja Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii wskutek NW

7 POCZĄTEK OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia najbliższego okresu rozliczeniowego dla danego Abonenta, następującego po złożeniu ustnego oświadczenia o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki. Przystąpienie do Umowy Ubezpieczenia następuje podczas rejestrowanej rozmowy telefonicznej.

8 KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Odpowiedzialność Towarzystwa i obowiązek Ubezpieczającego do zapłaty Składek w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa w przypadku zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:

- a) z upływem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, za który została zapłacona ostatnia Składka przed utratą przez Ubezpieczonego statusu Abonenta,
- b) z upływem okresu, na który została zawarta Umowa Ubezpieczenia z Ubezpieczającym, o ile nie zostanie zawarta na kolejny roczny okres,
- c) z końcem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia wskutek wypowiedzenia przez Ubezpieczającego,
- d) w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia – z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu,
- e) z końcem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej – po zgłoszeniu przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu rezygnacji z ubezpieczenia,
- f) z chwilą śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień co do odpowiedzialności Towarzystwa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego objętych SWU,
- g) w przypadku niezapłacenia Składki przez Ubezpieczającego za danego Ubezpieczonego, zgodnie z artykułem 6 ustęp 5 SWU,
- h) z końcem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony ukończył 70. rok życia,
- i) Ubezpieczony został w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uznany za niepoczytalnego – z chwilą powstania stanu Niepoczytalności.

9 KONTYNUACJA LUB WZNOWIENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na czas określony – 1 rok, podczas którego Abonenci mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową.
2. Umowa Ubezpieczenia jest zawarta z chwilą jej podpisania przez Ubezpieczającego i Towarzystwo.
3. Po upływie każdego roku trwania Umowy Ubezpieczenia, Umowa Ubezpieczenia automatycznie ulega przedłużeniu na kolejny rok na tych samych warunkach, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
4. Polisa „Wsparcie Szpitalne” nie zawiera postanowień odbiegających na niekorzyść Ubezpieczającego od warunków zawartych w Umowie Ubezpieczenia lub od SWU.
5. Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia na kolejny rok obowiązywania Umowy Ubezpieczenia. Propozycja zmiany warunków Umowy Ubezpieczenia powinna zostać przekazana Ubezpieczającemu w formie pisemnej nie później niż 3 miesiące przed końcem danego roku trwania Umowy Ubezpieczenia.

6. Ubezpieczający może nie wyrazić zgody na zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia (złożyć sprzeciw) na kolejny rok obowiązywania Umowy Ubezpieczenia w formie pisemnej nie później niż 1 miesiąc przed końcem danego roku trwania Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Umowa Ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu na kolejny rok.
7. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył sprzeciwu, o którym mowa w ustępie 6, przyjmuje się, że Umowa Ubezpieczenia ulega przedłużeniu na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo. Zmiana wysokości Składki może nastąpić wyłącznie po wyrażeniu przez Ubezpieczającego uprzedniej pisemnej zgody pod rygorem jej nieważności.
8. Ubezpieczający lub Towarzystwo może, nie później niż na 3 miesiące przed końcem okresu obowiązywania Umowy Ubezpieczenia, dostarczyć drugiej Stronie zawiadomienie na piśmie, że nie wyraża zgody na przedłużenie Umowy Ubezpieczenia na kolejny rok.
9. Umowa Ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu na kolejny rok w przypadku:
 - a) złożenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu zgodnie z ustępem 6,
 - b) niewyrażenia przez Ubezpieczającego zgody na zmianę wysokości Składki zgodnie z ustępem 7,
 - c) dostarczenia zawiadomienia, o którym mowa w ustępie 8.
10. Strony Umowy Ubezpieczenia mogą dokonać zmiany Umowy Ubezpieczenia za ich obopólną zgodą. Umowa Ubezpieczenia nie przewiduje wznawiania ochrony ubezpieczeniowej.

10 OPŁATA ZA UBEZPIECZENIE/SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość opłaty za ubezpieczenie zależna jest od wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego i jest płatna miesięcznie za danym Miesiącem Ochrony Ubezpieczeniowej w terminie do Dnia Wymagalności Składki.
2. Opłata za ubezpieczenie wskazana jest na fakturze Ubezpieczonego wystawianej przez Ubezpieczającego.
3. Opłata nie jest indeksowana.
4. Wysokość opłaty dla każdego z wariantów ochrony podana została w punkcie 12 poniżej.
5. Brak innych opłat ponoszonych przez Ubezpieczonego.

11 ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA I PODMIOTY UPRAWNIONE DO ICH OTRZYMANIA

1. **Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego**
Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej, to Świadczenie Ubezpieczeniowe jest wypłacane w pierwszej kolejności Ubezpieczającemu, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, na poczet wszelkich należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego wynikających z Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych, ale nie więcej niż wysokość Sumy Ubezpieczenia. Jeżeli Suma Ubezpieczenia jest większa niż wyżej wymienione należności, pozostała część Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie wypłacona Uposażonemu samodzielnie wskazanemu przez Ubezpieczonego. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymaganych należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego. W razie braku odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego w powyższym terminie Świadczenie Ubezpieczeniowe wypłacone jest Uposażonym*.
2. **Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW**
 - a) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie na wypadek Hospitalizacji wskutek NW, jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent stały przez przynajmniej 4 kolejne dni liczone od dnia przyjęcia do Szpitala.
 - b) Wysokość dziennego świadczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek NW jest wskazana w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia jako Suma Ubezpieczenia z tytułu tego zdarzenia.
 - c) Dzielne świadczenie na wypadek Hospitalizacji wskutek NW jest płatne za każdy dzień Hospitalizacji Ubezpieczonego w charakterze Pacjenta stałego, od dnia przyjęcia do Szpitala, pod warunkiem, że Hospitalizacja trwała co najmniej 4 kolejne dni.
 - d) Okres Hospitalizacji, za który naliczane jest dzienne świadczenie na wypadek Hospitalizacji wskutek NW nie może przekroczyć 180 dni dla każdego Roku trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. **Dzielne świadczenie za pobyt Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM/OIT) wskutek NW**
 - a) W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii, w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów medycznych, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie za pobyt na tym oddziale, jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji na OIOM/OIT jako Pacjent stały.
 - b) Wysokość dziennego świadczenia za pobyt na OIOM/OIT jest wskazana w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia jako Suma Ubezpieczenia z tytułu tego zdarzenia.
 - c) Dzielne świadczenie na wypadek Hospitalizacji na OIOM/OIT wskutek NW jest płatne za każdy dzień Hospitalizacji Ubezpieczonego w charakterze Pacjenta stałego, od dnia przyjęcia do Szpitala. Maksymalny okres pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT, za który naliczane jest dzienne świadczenie, wynosi 30 dni w ciągu każdego Roku trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe opisane w ustępach 2 i 3 powyżej nastąpi w Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej, to Świadczenie Ubezpieczeniowe należne z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego jest wypłacane w pierwszej kolejności Ubezpieczającemu na poczet wszelkich należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego wynikających z Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych, ale nie więcej niż wysokość Sumy Ubezpieczenia. Jeżeli Świadczenie Ubezpieczeniowe jest większe niż wyżej wymienione należności, pozostała część Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie wypłacona Ubezpieczonemu. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego należnego z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymaganych należności Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego. W razie braku odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego w powyższym terminie Świadczenie Ubezpieczeniowe wypłacone jest Ubezpieczonemu.

Wysokość wszystkich możliwych świadczeń z tytułu ubezpieczenia określa tabela w punkcie 12.

* Uposażony to osoba uprawniona do świadczeń na wypadek śmierci Ubezpieczonego przewidzianych Umową Ubezpieczenia. W części świadczenia równej należnościom Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego wynikającym z Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych, ale nie więcej niż wysokość Sumy Ubezpieczenia, uprawnionym do wskazania Uposażonego jest Ubezpieczający za uprzednią zgodą Ubezpieczonego. Uposażonym wskazanym przez Ubezpieczającego może być sam Ubezpieczający. Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazania Uposażonego w pozostałej części świadczenia. O ile Ubezpieczony nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do świadczeń jest małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczyliby po Ubezpieczonym.

12 SUMA UBEZPIECZENIA

Zakres świadczeń	Pakiet Srebrny	Pakiet Złoty	Pakiet Platynowy
	Sumy Ubezpieczenia		
Dzielne świadczenie na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW	200 zł / dzień	250 zł / dzień	300 zł / dzień
Dzielne świadczenie na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego na OIOM/OIT wskutek NW	200 zł / dzień	250 zł / dzień	300 zł / dzień
Śmierć Ubezpieczonego	216 zł	240 zł	312 zł
Opłata miesięczna	17,99 zł	19,99 zł	25,99 zł

Suma ubezpieczenia nie jest indeksowana.

13 OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Zgodnie z postanowieniami SWU artykuł 9 Towarzystwo odmówi spełnienia świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW oraz Hospitalizacji Ubezpieczonego na OIOM/OIT wskutek NW wynikającej lub związanej z:

- a) samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
- b) wypadkiem wynikłym z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- c) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- d) fizycznymi obrażeniami ciała będącymi rezultatem następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: zwyrodnienie kręgosłupa, dyskopatia, kręgozmyk, przepuklina krążka miazdżystego,
- e) wszelkimi fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi przed datą wejścia w życie niniejszego ubezpieczenia,
- f) jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu choroby,
- g) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych niniejszym ubezpieczeniem,
- h) Rehabilitacją, jakąkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia lub w ośrodku rehabilitacji,
- i) wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
- j) zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w tym nerwicami (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10) oraz kuracją wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
- k) jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
- l) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorób współistniejących z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
- m) fizycznymi obrażeniami ciała odniesionymi na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania, albo w wyniku aktów terroryzmu,
- n) działaniami wojennymi lub zbrojnymi zarówno o charakterze międzynarodowym, jak i wewnętrznym, gwałtownymi zdarzeniami o charakterze rewolucji, buntu lub rebelii, przewrotem, zamachem stanu, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, kwarantanną, promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej zarówno w warunkach pokojowych, jak i podczas wojny,
- o) zdarzeniami powstałymi na skutek pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej,
- p) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

14 Odstąpienie/rezygnacja z umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczony może odstąpić od ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia. Oświadczenie o odstąpieniu składane jest w formie ustnego oświadczenia o odstąpieniu, złożonego za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa. W przypadku odstąpienia Składka za danego Ubezpieczonego zostaje zwrócona w całości Ubezpieczającemu. Odstąpić od ubezpieczenia Ubezpieczony może również w formie pisemnego oświadczenia wysyłanego na adres podany w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia, również przy użyciu formularza odstąpienia, przewidzianego w załączniku nr 2 do ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. z 2014 r. poz. 827). Termin odstąpienia od ubezpieczenia będzie zachowany, jeżeli w ciągu 30 dni od dnia otrzymania Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia, oświadczenie Ubezpieczonego o odstąpieniu będzie wysłane na adres wskazany w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie. Oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia składane jest w formie ustnego oświadczenia o rezygnacji, złożonego za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa. Zrezygnować można również w formie pisemnego oświadczenia wysyłanego na adres podany w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa takiego Ubezpieczonego wygasa z upływem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, w trakcie którego Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.

15 ZASADY I TRYB ZGŁASZANIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Bezpośrednio do Towarzystwa, niezwłocznie po wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego:

- telefonicznie – za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa – tel. +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora),
- korespondencyjnie – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: MetLife TUnŻiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom. Formularze dostępne są także na stronie internetowej Towarzystwa.

Szczegółowe zasady zgłaszania roszczeń oraz dokumenty, jakie należy dołączyć do zgłoszenia roszczenia, wskazane są w SWU w artykule 7.

16 ZASADY I TRYB ZGŁASZANIA ORAZ ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć reklamację:

- pisemnie na adres: MetLife TUnŻiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom;
- elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl;
- telefonicznie pod numerem – tel. +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora);
- osobiście – w siedzibie Towarzystwa.

Każda Reklamacja rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.

W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje składającego Reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.

„Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.

17 ZASADY OBEJMOWANIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ OSÓB INNYCH NIŻ KLIENT

Nie dotyczy.

18 PODMIOT UPRAWNIONY DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego do otrzymania danego świadczenia zawarte są w punkcie 11.

19 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie zawarcia Umowy Ubezpieczenia są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2014 r., poz. 851 j.t. z późn. zm.)

Zasady opodatkowania mogą podlegać zmianom.