

Karta Produktu

Hospitalizacja Plus

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o ubezpieczeniu **Ubezpieczeniowy pakiet medyczny „Hospitalizacja Plus”**. 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. z siedzibą w Warszawie i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie oraz pomóc Klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza z **Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia (OWU)**, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu. Pojęcia pisane dużą literą mają znaczenie określone w OWU.

Jeśli cechy produktu zawarte w niniejszej Karcie są niezrozumiałe lub dopasowanie produktu do potrzeb budzi wątpliwość, warto skorzystać z usług pośrednika ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy ubezpieczenia (Umowa).

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

PODSTAWOWE DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczony

Osoba, której życie i zdrowie jest chronione. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dacie zawarcia Umowy ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 63. roku życia.

2. Ubezpieczający

Ubezpieczającym może być osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera z Towarzystwem Umowę.

3. Towarzystwo

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

4. Typ i charakter umowy ubezpieczenia

Indywidualna umowa ubezpieczenia o charakterze ochronnym.

5. Zakres ubezpieczenia

Ubezpieczeniem jest objęty Ubezpieczony w zakresie:

Umowa podstawowa:

- śmierci,

Umowa dodatkowa Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji w następstwie NW lub choroby:

- pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
- pobytu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM/OIT) w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
- operacji w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

W ramach Ubezpieczeniowego pakietu medycznego „Hospitalizacja Plus” istnieje możliwość rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej poprzez zawarcie następujących umów dodatkowych:

1. „Szlachetne Zdrowie” – Umowa dodatkowa Ubezpieczenie na wypadek groźnych chorób (32) oraz
2. „Konsultacja medyczna” – Umowa dodatkowa Konsultacja Medyczna dla Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

6. Początek ochrony ubezpieczeniowej

Umowa podstawowa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od daty wejścia w życie Umowy (data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej), pod warunkiem zawarcia Umowy i jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia (polisie). Warunkiem zawarcia Umowy jest otrzymanie i zaakceptowanie przez Towarzystwo:

- a) podpisanego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy oraz
 - b) kwoty na poczet pierwszej składki opłaconej przez Ubezpieczającego, oraz
- wszystkich wymaganych przez Towarzystwo dokumentów niezbędnych do podjęcia decyzji o objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Data zawarcia Umowy jest datą odebrania polisy przez Ubezpieczającego, dlatego ważne jest, by jak najszybciej odebrać polisę.
2. Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zostanie wskazana w polisie.

Umowa dodatkowa

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

7. Koniec ochrony ubezpieczeniowej

Umowa podstawowa

1. Umowa podstawowa zawierana jest na czas określony do dnia rocznicy Umowy następującej bezpośrednio po 65. urodzinach Ubezpieczonego.
2. Umowa wygasa w każdym z następujących przypadków:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego lub
 - b) odstąpienia od Umowy – z dniem otrzymania od Ubezpieczyciela wniosku o odstąpienie od Umowy, lub
 - c) z datą wygaśnięcia umowy podstawowej (rocznicy Umowy następującej bezpośrednio po 65. urodzinach Ubezpieczonego) oznaczoną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, lub
 - d) z dniem rozwiązania Umowy w związku z wypowiedzeniem Umowy przez Ubezpieczającego, lub
 - e) nieopłacenia składki, z upływem okresu karencji, nie wcześniej jednak niż po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty składki.

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres (roczny, półroczny, kwartalny i miesięczny), za który Ubezpieczający opłacił składkę oraz następujący po nim okres karencji określony w umowie podstawowej, z tym że nie dłużej niż do końca okresu obowiązywania umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa w każdym z następujących przypadków:
 - a) którakolwiek składka z tytułu Umowy nie została opłacona do końca okresu karencji przewidzianego w Umowie, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia składki lub
 - b) umowa podstawowa wygasła lub została rozwiązana, lub
 - c) Ubezpieczony został w trakcie obowiązywania niniejszej umowy dodatkowej uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu niepoczytalności, lub
 - d) Ubezpieczony wstąpił lub został powołany do lądowych, powietrznych lub morskich sił zbrojnych albo do oddziałów pomocniczych lub cywilnych działających w strukturach armii jakiegokolwiek kraju będącego w stanie wojny – z dniem wybuchu lub ogłoszenia stanu wojny, lub
 - e) w rocznicę Umowy następującą bezpośrednio po 65. urodzinach Ubezpieczonego, niezależnie od tego, czy umowa podstawowa pozostaje w mocy po tym terminie.W przypadkach określonych w punktach 2 b), c) i d) powyżej Towarzystwo zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

8. Kontynuacja ubezpieczenia

Umowa podstawowa

Brak możliwości kontynuacji ubezpieczenia po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z pkt 7 powyżej.

Umowa dodatkowa

- Umowa dodatkowa może być kontynuowana przez kolejne okresy, za które Ubezpieczający opłacił składkę oraz następujące po nich okresy karencji, z zastrzeżeniem, iż wysokość składki i inne warunki tej umowy mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
- W przypadku zmiany warunków, na jakich umowa dodatkowa może być kontynuowana, Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczającego nie później niż 45 dni przed datą, do której Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić kolejną składkę za umowę podstawową.
- Opłacenie przez Ubezpieczającego składki za umowę dodatkową do końca okresu karencji określonego w warunkach umowy podstawowej, w wysokości zaoferowanej przez Towarzystwo, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich umowa dodatkowa jest kontynuowana.
- W przypadku niez zaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków umowy dodatkowej umowa ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem okresu karencji.

9. Wznowienia Umowy

Możliwość wznawiania w okresie 3 lat od daty wygaśnięcia Umowy.

10. Świadczenia z tytułu ubezpieczenia i podmioty uprawnione do ich otrzymania

Umowa podstawowa

Świadczenie na wypadek śmierci – Towarzystwo wypłaci Uposażonemu sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego pomniejszoną o wymagalne wierzycelności wynikające z OWU.

Umowa dodatkowa

- **Dzienne świadczenie szpitalne w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby** – Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie szpitalne, jeżeli Ubezpieczony przez przynajmniej 4 kolejne dni podlegał hospitalizacji jako pacjent stały w następstwie:
 - nieszczęśliwego wypadku powstałego w okresie obowiązywania umowy dodatkowej lub
 - choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się:
 - po 30 dniach od daty wejścia w życie umowy dodatkowej lub jej wznowienia i
 - przed zakończeniem okresu jej obowiązywania lub
 - wcześniej niż 24 miesiące przed datą wejścia w życie umowy dodatkowej.

Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia z tytułu tego zdarzenia. Dzienne świadczenie szpitalne 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.

Okres hospitalizacji, za który naliczane jest dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu, nie może przekroczyć 180 dni dla każdego roku obowiązywania umowy dodatkowej.

- **Dzienne świadczenie za pobyt na OIOM/OIT w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby** – W przypadku hospitalizacji na OIOM/OIT Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie za pobyt na OIOM/OIT jako pacjent stały w następstwie:
 - nieszczęśliwego wypadku powstałego w okresie obowiązywania umowy dodatkowej lub
 - choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się:
 - po 30 dniach od daty wejścia w życie umowy dodatkowej lub jej wznowienia i
 - przed zakończeniem okresu jej obowiązywania lub
 - wcześniej niż 24 miesiące przed datą wejścia w życie umowy dodatkowej.

Wysokość dziennego świadczenia za pobyt na OIOM/OIT jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia z tytułu tego zdarzenia. Dzienne świadczenie za pobyt na OIOM/OIT 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 obowiązywania umowy dodatkowej.

- **Świadczenie operacyjne w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby** – Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie operacyjne, jeżeli Ubezpieczony przebywał w szpitalu jako pacjent stały i został poddany operacji bądź zabiegowi chirurgicznemu określonym umową dodatkową w następstwie:
 - nieszczęśliwego wypadku powstałego w okresie obowiązywania umowy dodatkowej lub
 - choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się:
 - po 30 dniach od daty wejścia w życie umowy dodatkowej lub jej wznowienia i
 - przed zakończeniem okresu jej obowiązywania lub
 - wcześniej niż 24 miesiące przed datą wejścia w życie umowy dodatkowej.

Świadczenie operacyjne wypłacone zostanie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tego tytułu, na podstawie Tabeli operacji i zabiegów chirurgicznych, która stanowi załącznik nr 1 do umowy dodatkowej.

Z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu przysługuje wypłata jednego świadczenia operacyjnego.

Następujące po sobie okresy hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, chyba że okres między tymi hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

Liczba wypłaconych świadczeń z tytułu świadczenia operacyjnego jest ograniczona do dwóch w każdym roku obowiązywania umowy dodatkowej.

Należne świadczenia z tytułu umowy dodatkowej zostaną wypłacone w wysokości sum ubezpieczenia pomniejszonych o wymagalne wierzytelności wynikające z Umowy, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w punkcie 13 Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa.

11. Suma ubezpieczenia oraz wysokość składki

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki dla poszczególnych pakietów jest określona w poniższej tabeli:

ŚWIADCZENIE	Pakiet Standard Suma ubezpieczenia	Pakiet Premium Suma ubezpieczenia
Śmierć Ubezpieczonego	100	100
Dzienne świadczenie szpitalne	200	300
Dzienny pobyt na OIOM (OIT)	400	600
Zabiegi i operacje	1 000	2 000
Wiek Ubezpieczonego	Składka roczna (1) za pakiet Standard	Składka roczna (1) za pakiet Premium
0,5-19	385,00	595,00
20-34	455,00	695,00
35-44	566,00	836,00
45-54	771,00	1 181,00
55-62	1 002,00	1 522,00

2. Składka może być opłacana w trybie rocznym, półrocznym, kwartalnym i miesięcznym. Składka półroczna stanowi 54% składki rocznej, kwartalna stanowi 27,5% składki rocznej, natomiast miesięczna stanowi 9,17% składki rocznej.
3. Składka, której wysokość wskazana zostanie w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, opłacana jest przez Ubezpieczającego.
4. Umowa nie przewiduje indeksacji składki i sum ubezpieczenia.

12. Opłata za duplikat Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia

W przypadku wystawienia duplikatu Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego pobierana jest opłata w wysokości 40 zł.

13. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa:

Umowa podstawowa

1. Zatajenie informacji

Jeżeli Ubezpieczony podał dane niezgodne z prawdą lub zataił prawdę o okolicznościach, o które pytało Towarzystwo przy zawieraniu Umowy i okoliczności te pozostają w związku przyczynowym ze zgłoszonym zdarzeniem ubezpieczeniowym w ciągu trzech lat od daty zawarcia Umowy, jeżeli ubezpieczenie trwało nieprzerwanie, Towarzystwo będzie wolne od odpowiedzialności, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa. W przypadku wznowienia Umowy termin trzyletni, o którym mowa powyżej, będzie liczony od daty wznowienia Umowy, ale tylko w odniesieniu do faktów i informacji doręczonych Towarzystwu w związku ze wznowieniem Umowy.

2. Ryzyko wojenne

Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w czasie wojny, gdy Ubezpieczony służył w lądowych, powietrznych lub morskich siłach zbrojnych, wstąpił lub został powołany do służby wojskowej albo do oddziałów pomocniczych lub cywilnych działających w strukturach armii, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty spadkobiercom Ubezpieczonego sumy zapłaconych składek za ochronę z tytułu śmierci Ubezpieczonego od dnia rozpoczęcia ograniczenia odpowiedzialności.

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa nie obejmuje ochroną przypadków hospitalizacji lub operacji (zabiegu chirurgicznego) Ubezpieczonego wynikających lub związanych z:
 - a) wszelkimi fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi przed datą wejścia w życie umowy dodatkowej lub jej wznowieniem,
 - b) chorobami, które zostały rozpoznane, procedury diagnostyczne mające na celu ich rozpoznanie zostały rozpoczęte lub których leczenie było prowadzone w ciągu 24 miesięcy przed datą wejścia w życie umowy dodatkowej lub jej wznowieniem,
 - c) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - d) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorobami współistniejącymi z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
 - e) zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w tym nerwice (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 - f) samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - g) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych umową dodatkową,
 - h) rehabilitacją, jakąkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia lub w ośrodku rehabilitacji,
 - i) alkoholizmem lub zespołem zależności alkoholowej (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywaniem lub uzależnieniem od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, substancji toksycznych, a także z faktu pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - j) wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
 - k) jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie hospitalizacji,
 - l) promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej zarówno w warunkach pokojowych, jak i podczas wojny,
 - m) wojną, strajkami albo obrażeniami odniesionymi na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnym udziałem w innym czynie zabronionym lub stawianiem oporu podczas aresztowania lub zatrzymania albo aktami terroryzmu,
 - n) 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,
 - o) leczeniem lub operacją migdałków w okresie pierwszych 180 dni od daty wejścia w życie umowy lub jej wznowienia,
 - p) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

14. Odstąpienie/Rozwiązanie Umowy

1. Odstąpienie od Umowy

Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku, gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca – w terminie 7 dni od daty jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego Towarzystwu, podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym. W przypadku odstąpienia od Umowy Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą składkę z zastrzeżeniem prawa potrącenia części składki za okres, w którym udzielana była ochrona ubezpieczeniowa.

2. Rozwiązanie Umowy

Ubezpieczający może w dowolnym momencie obowiązywania Umowy wypowiedzieć Umowę przez przysłanie do Towarzystwa pisemnego wniosku, podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym. Rozwiązanie Umowy jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka i skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej.

15. Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego

W sprawie wypłaty świadczenia można się zwrócić bezpośrednio do Towarzystwa w jeden z poniższych sposobów:

- on-line – przez portal e-roszczenie (zgodnie z informacjami zawartymi na stronie internetowej Towarzystwa),
- pocztą elektroniczną – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl,
- telefonicznie – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- korespondencyjnie – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Departament Roszczeń MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa),
- osobiście – w biurze głównym MetLife TUnŻiR S.A. przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Towarzystwa na terenie całego kraju.

16. Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania reklamacji i mediacja

Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może złożyć reklamację:

- a) pisemnie na adres Towarzystwa: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- b) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
- c) telefonicznie pod numerem +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- d) osobiście – w biurze głównym MetLife TUnŻiR S.A., przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej 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 składającą reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.

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

Towarzystwo wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej zostały podane adresy stron internetowych obu podmiotów: Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl> oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny.

17. Opodatkowanie świadczeń

Wszelkie podatki związane z Umową powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. Aktualne przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych to: 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. Nr 851, j.t. z późn. zm.).

Zasady opodatkowania mogą podlegać zmianom.