

Karta Produktu

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o **Grupowym Ubezpieczeniu „Super Firma”**.

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. (MetLife) na podstawie 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 Grupowego należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia „Super Firma” (Warunki), w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu. Pojęcia pisane dużą literą mają znaczenie określone w Warunkach.

Jeśli nie rozumiesz cech produktu zawartych w niniejszej Karcie albo nie jesteś pewien/pewna, czy produkt jest dla Ciebie odpowiedni, poproś przedstawiciela MetLife o wyjaśnienie wszelkich wątpliwości w tym zakresie przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia Grupowego.

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. Ubezpieczający (pracodawca)

Ubezpieczającym jest osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z MetLife Umowę Ubezpieczenia Grupowego „Super Firma”.

2. Ubezpieczyciel (Towarzystwo)

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. (Towarzystwo) z siedzibą w Warszawie (00-450), przy ul. Przemysłowej 26, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06.

3. Ubezpieczony

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna w wieku od 16. roku życia, która nie ukończyła 64. roku życia:

- zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy-zlecenia na okres co najmniej 6 miesięcy,
- osoba prowadząca działalność gospodarczą współpracująca z Ubezpieczającym przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- Ubezpieczający, gdy jest osobą fizyczną oraz jego współmałżonek i pełnoletnie dzieci.

4. Charakter / cel produktu / funkcja / zastosowanie ubezpieczenia

Grupowe ubezpieczenie „Super Firma” ma charakter ochronny. Umowa Ubezpieczenia Grupowego „Super Firma” składa się z Pakietu Podstawowego oraz Pakietów Dodatkowych wybranych przez Ubezpieczającego.

Celem ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczonego.

5. Dokumenty i wymagania medyczne

1. W przypadku pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, którzy przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia nabycia uprawnienia (późniejsza z dat – data zatrudnienia lub data wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia Grupowego), nie są wymagane żadne dodatkowe dokumenty ani badania medyczne, pod warunkiem aktywnego świadczenia pracy na rzecz Ubezpieczającego.
2. W przypadku:
 - właściciela, współnika firmy nieznajdującego się na liście płac,
 - współmałżonka oraz pełnoletnich dzieci właściciela/wspólnika,
 - osób zatrudnionych na podstawie umowy-zlecenia,
 - osób prowadzących własną działalność gospodarczą współpracujących z Ubezpieczającym,warunkiem koniecznym do objęcia ochroną ubezpieczeniową jest podpisanie deklaracji dobrego stanu zdrowia na formularzu Towarzystwa.
3. W przypadku:
 - pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, którzy zgłoszą się do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia nabycia uprawnienia,
 - osób wymienionych w pkt 2, które nie podpisały deklaracji dobrego stanu zdrowia,

warunkiem koniecznym do objęcia ochroną ubezpieczeniową jest potwierdzenie zdolności ubezpieczeniowej z zastosowaniem druku oświadczenia o stanie zdrowia lub wykonanie badań medycznych zgodnie z wymaganiami Towarzystwa.

6. Początek ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się dnia następnego po łącznym spełnieniu wymienionych niżej warunków:
 - a) podpisanie przez Ubezpieczającego Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i
 - b) zapłacenie składki zgodnej z zawartą Umową Ubezpieczenia, i
 - c) dostarczenie do Towarzystwa:
 - oryginałów Kart Rejestracyjnych,
 - dokumentów potwierdzających zdolność ubezpieczeniową osób mających zostać objętymi ochroną ubezpieczeniową zgodnie z warunkami określonymi w pkt 3 niniejszego dokumentu,
 - listy pracowników zgłoszonych do ubezpieczenia,
 - kopii Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, i
 - d) spełnienie warunku uczestnictwa w ubezpieczeniu (w dniu wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia i ostatniego dnia każdego Roku Ubezpieczenia objętych ubezpieczeniem powinno być:
 - 100% osób uprawnionych do ubezpieczenia, jeżeli uprawnionych do ubezpieczenia jest co najmniej 3 i nie więcej niż 10 osób,
 - 75% osób uprawnionych do ubezpieczenia i nie mniej niż 10 osób, jeżeli uprawnionych do ubezpieczenia jest co najmniej 11 osób).
 Minimalna liczba osób objętych ubezpieczeniem wynosi 3 osoby, które są pracownikami zatrudnionymi na podstawie umowy o pracę lub są Ubezpieczającym (gdy jest osobą fizyczną), i
 - e) potwierdzenie zdolności ubezpieczeniowej zgodnie z pkt 3 niniejszego dokumentu.
2. W przypadku osób nowo zatrudnionych ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo rozpoczyna się od Miesiącznicy polisy (dzień miesiąca odpowiadający dniowi, w którym weszła w życie Umowa Ubezpieczenia), następującej po łącznym spełnieniu wymienionych niżej warunków:
 - nabycie uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - zapłacenie składki zgodnej z zawartą Umową Ubezpieczenia, i
 - dostarczenie do Towarzystwa Kart Rejestracyjnych, i
 - potwierdzenie zdolności ubezpieczeniowej zgodnie z pkt 5 niniejszego dokumentu.

7. Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń

Umowa Ubezpieczenia zgodnie z wyborem Ubezpieczającego może składać się z poniższych Pakietów.

Zależnie od wybranej Opcji Pakietu Podstawowego, który jest stałym elementem Umowy „Super Firma”, Ubezpieczający ma możliwość wyboru od jednej do dziesięciu Opcji Pakietu Wypadkowego, Pakietu Rodzinnego oraz Pakietu Medycznego oraz jednej z trzech wersji Pakietu Renta (w każdej z nich możliwe są do wyboru cztery poziomy wysokości Świadczeń).

	Opcja A	Opcja B	Opcja C	Opcja D	Opcja E	Opcja F	Opcja G	Opcja H	Opcja I	Opcja J
Suma ubezpieczenia (w zł)										
Zakres ubezpieczenia	20 000	25 000	30 000	35 000	40 000	45 000	50 000	60 000	80 000	100 000
Pakiet Podstawowy										
Na życie	20 000	25 000	30 000	35 000	40 000	45 000	50 000	60 000	80 000	100 000
Na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku ^(*)	20 000	25 000	30 000	35 000	40 000	45 000	50 000	60 000	80 000	100 000
Na Wypadek Śmierci na Skutek Wypadku Komunikacyjnego ²	20 000	25 000	30 000	35 000	40 000	45 000	50 000	60 000	80 000	100 000
Na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy ³	20 000	25 000	30 000	35 000	40 000	45 000	50 000	60 000	80 000	100 000
Na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku ^(**)	20 000	25 000	30 000	35 000	40 000	45 000	50 000	60 000	80 000	100 000
Na Wypadek Niezdolności do Pracy	20 000	25 000	30 000	35 000	40 000	45 000	50 000	60 000	80 000	100 000
Pakiet Wypadkowy										
Na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku ^(*)	30 000	37 500	45 000	52 500	60 000	67 500	75 000	90 000	120 000	150 000
Na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku ^(**)	30 000	37 500	45 000	52 500	60 000	67 500	75 000	90 000	120 000	150 000
Pakiet Rodziny										
Na Życie Małżonka	10 000	12 500	15 000	17 500	20 000	22 500	25 000	30 000	40 000	50 000
Na Wypadek Śmierci Małżonka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku ⁴	10 000	12 500	15 000	17 500	20 000	22 500	25 000	30 000	40 000	50 000
Na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku ^(**)	10 000	12 500	15 000	17 500	20 000	22 500	25 000	30 000	40 000	50 000
Na Wypadek Utraty Członka Rodziny (Dziecka, Rodzica)	1 000	1 100	1 150	1 200	1 250	1 300	1 400	1 500	1 750	2 000
Na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	10 000	12 500	15 000	17 500	20 000	22 500	25 000	30 000	40 000	50 000

Świadczenie z tytułu Osierocenia dziecka	2 500	3 125	3 750	4 375	5 000	5 625	6 250	7 500	10 000	12 500
Świadczenie z tytułu Urodzenia się dziecka	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Pakiet Medyczny										
Na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby	50/ dzień	55/ dzień	60/ dzień	65/ dzień	75/ dzień	80/ dzień	90/ dzień	100/ dzień	125/ dzień	150/ dzień
Na Wypadek Groźnej Choroby	5 000	6 250	7 500	8 750	10 000	11 250	12 500	15 000	20 000	25 000
Na Wypadek Śmierci na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru ⁵	10 000	12 500	15 000	17 500	20 000	22 500	25 000	30 000	40 000	50 000
Na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru	10 000	12 500	15 000	17 500	20 000	22 500	25 000	30 000	40 000	50 000
Na Wypadek Operacji ^(***)	1 000	1 100	1 150	1 200	1 250	1 300	1 400	1 500	1 750	2 000
Telediagnoza	2 Konsultacje Medyczne w Roku Ubezpieczenia Ubezpieczonego									

Pakiet Renta				
Pakiet Rentowy opcjonalnie – w wersji 1, 2 albo 3				
Pakiet Rentowy 1	Ubezpieczenie na wypadek Trwałego Inwalidztwa minimum 50% na skutek Nieszczęśliwego Wypadku			
Jednorazowe Świadczenie w wysokości	50 000,00 zł	75 000,00 zł	100 000,00 zł	150 000,00 zł
Miesięczne Świadczenie płatne przez okres 5 lat	500,00 zł	750,00 zł	1 000,00 zł	1 500,00 zł
Pakiet Rentowy 2	Ubezpieczenie na wypadek Trwałego Inwalidztwa minimum 50% na skutek Nieszczęśliwego Wypadku			
Jednorazowe Świadczenie w wysokości	50 000,00 zł	75 000,00 zł	100 000,00 zł	150 000,00 zł
Miesięczne Świadczenie płatne przez okres 10 lat	500,00 zł	750,00 zł	1 000,00 zł	1 500,00 zł
Pakiet Rentowy 3	Ubezpieczenie na wypadek Trwałego Inwalidztwa minimum 50% na skutek Nieszczęśliwego Wypadku			
Jednorazowe Świadczenie w wysokości	50 000,00 zł	75 000,00 zł	100 000,00 zł	150 000,00 zł
Miesięczne Świadczenie płatne przez okres 15 lat	500,00 zł	750,00 zł	1 000,00 zł	1 500,00 zł

Przedstawione w powyższych Pakietach wysokości sum ubezpieczenia podlegają kumulacji w przypadku poniższych zdarzeń:

- ¹ Sumy ubezpieczenia z tytułu umów „Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku” oraz „Ubezpieczenie na życie” kumulują się.
² Sumy ubezpieczenia z tytułu umów „Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego”, „Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku” oraz „Ubezpieczenie na życie” kumulują się.
³ Sumy ubezpieczenia z tytułu umów „Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy”, „Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku” oraz „Ubezpieczenie na życie” kumulują się.
⁴ Sumy ubezpieczenia z tytułu umów „Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci Małżonka” oraz „Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci Małżonka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku” kumulują się.
⁵ Sumy ubezpieczenia z tytułu umów „Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru” oraz „Ubezpieczenie na życie” kumulują się.

(*) W Pakiecie Podstawowym i Wypadkowym suma ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek NW Ubezpieczonego wzrasta corocznie od drugiego do szóstego Roku Ubezpieczenia o kwotę równą 10% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wejścia w życie niniejszej Umowy. Pierwszy wzrost nastąpi w pierwszą rocznicę Umowy Ubezpieczenia. W przypadku zmiany sum ubezpieczenia wynikającej ze zmiany wyboru Pakietu Podstawowego lub Pakietu Wypadkowego przez Ubezpieczającego w trakcie trwania ubezpieczenia wyżej wymieniony wzrost sumy ubezpieczenia nie ma zastosowania. Dokupienie Pakietu Wypadkowego traktowane jest jak zmiana wyboru Pakietu Wypadkowego. Od pierwszej do piątej rocznicy Umowy Ubezpieczenia po wejściu w życie tej zmiany suma ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek NW Ubezpieczonego w Pakiecie Podstawowym i Pakiecie Wypadkowym wzrasta corocznie o kwotę równą 10% tej sumy ubezpieczenia w dniu wejścia w życie wyżej wymienionej zmiany Umowy Ubezpieczenia.

() W przypadku Złamania niepowodującego straty funkcji organizmu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5.**

(*) Towarzystwo obejmuje ochroną operacje niewymienione w Tabeli Świadczeń, z tym że w przypadku operacji niewymienionej w Tabeli Świadczeń Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5, stosując wskaźnik procentowy wymieniony w Tabeli Świadczeń dla operacji o najbardziej zbliżonym stopniu trudności.**

W ramach Grupowego Ubezpieczenia „Super Firma” Ubezpieczeni są dodatkowo objęci ochroną assistance zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia „Świadczenia Assistance” – Wariant pełny, w ramach Umowy Ramowej Ubezpieczenia, w której Ubezpieczycielem jest Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68, a Ubezpieczającym – MetLife TUnZiR S.A.

Towarzystwo, w wystawionym dla każdego Ubezpieczonego Indywidualnym Dowodzie Ubezpieczenia, potwierdzi zakres udzielanej mu ochrony ubezpieczeniowej, wysokość sum ubezpieczenia oraz składki.

8. Składka ubezpieczeniowa

- Składka ustalona jest oddzielnie dla każdego z Pakietów oraz Opcji ochrony oraz zależy od średniej wieku grupy Ubezpieczonych.
- Informacja dotycząca wysokości składki za wybrane przez Ubezpieczającego Pakiety dostępna jest u Państwa Pracodawcy, jak również zostanie potwierdzona przez Towarzystwo w wystawionym dla każdego Ubezpieczonego Indywidualnym Dowodzie Ubezpieczenia.
- Wysokość składki może ulec zmianie raz w roku w rocznicę polisy, jeśli zmieni się średnia wieku wszystkich Ubezpieczonych. W takim przypadku Towarzystwo najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy złoży Ubezpieczającemu propozycję przedłużenia Umowy Ubezpieczenia na zmienionych warunkach. W przypadku zmian warunków Umowy Ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego, Ubezpieczający jest zobowiązany do uzyskania pisemnej zgody Ubezpieczonego na dokonanie tych zmian.

4. Umowa nie przewiduje indeksacji.
5. Składka za Pakiet Podstawowy oraz Pakiety Dodatkowe może być finansowana przez Ubezpieczającego w całości lub określonej części zgodnie z zawartą Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
6. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego za całą grupę Ubezpieczonych w trybie rocznym, półrocznym, kwartalnym lub miesięcznym zgodnie z zawartą Szczegółową Umową Ubezpieczenia dostępną u Państwa Pracodawcy.

9. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Pakiet Podstawowy

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy podstawowej na życie to:

1. samobójstwo popełnione przed upływem drugiego roku od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Grupowego,
2. aktywny udział w wojnie. Wojna oznacza zorganizowaną walkę zbrojną między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub operacje wojenne bądź inwazję, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojnę domową, rebelię, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia lub ogłoszenie lub wprowadzenie stanu wojennego lub wojny,
3. zatajenie informacji lub podanie nieprawdziwych informacji, o które zapytywało Towarzystwo w deklaracji dobrego stanu zdrowia/oświadczeniu o stanie zdrowia, jeżeli w okresie pierwszych trzech lat od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Grupowego śmierć Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które nie zostały podane lub podane zostały niezgodnie z prawdą.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umów dodatkowych:

I. Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku, Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego, Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego prowadzące do śmierci Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
 2. choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyka, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
 3. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
 5. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 6. usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania.
- ##### II. Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy
- Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego prowadzące do śmierci Ubezpieczonego powstały w wyniku zdarzeń wymienionych w ust. I lub w wyniku:
1. nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy,
 2. wykonywania pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.
- ##### III. Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy
- Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli Niezdolność do Pracy została spowodowana w wyniku zdarzeń wymienionych w ust. I pkt 1, 3, 4, 5, 6 lub w wyniku:
1. choroby, jeśli procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie było prowadzone w ciągu 5 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
 2. wszelkich zaburzeń umysłowych psychicznych i zaburzeń zachowania, w tym nerwic (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10).

Pakiet Rodzinny

- IV. **Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka** – brak wyłączeń, z zastrzeżeniem okresu karencji zgodnie z tabelą poniżej.
- V. **Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Członka Rodziny** – brak wyłączeń, z zastrzeżeniem okresu karencji zgodnie z tabelą poniżej.
- VI. **Umowa dodatkowa Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie** – brak wyłączeń, z zastrzeżeniem okresu karencji zgodnie z tabelą poniżej.
- VII. **Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Małżonka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku**
Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Małżonka prowadzące do śmierci Małżonka powstały w wyniku zdarzeń wymienionych w ust. I, z tym że odnoszą się one do Małżonka.
- VIII. **Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku**
Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Małżonka prowadzące do śmierci Małżonka powstały w wyniku zdarzeń wymienionych w ust. I, z tym że odnoszą się one do Małżonka.
- IX. **Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku**
Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Dziecka, które spowodowały Całkowite i Trwałe Inwalidztwo lub Częściowe i Trwałe Inwalidztwo, powstały w wyniku zdarzeń wymienionych w ust. I, z tym że odnoszą się one do Dziecka.

Pakiet Medyczny

X. Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru oraz Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba powodująca śmierć Ubezpieczonego nastąpi w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
3. alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza,
4. poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
5. radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
6. świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich,
7. choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej lub leczonej przed datą objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, a w szczególności jeżeli zawał serca był rozpoznany u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
8. zaburzeń krążenia mózgowego rozpoznanych lub leczonych przed datą objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, a w szczególności jeżeli udar wystąpił u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

XI. Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba lub leczenie operacyjne nastąpi w wyniku zdarzeń wymienionych w ust. X pkt 2, 3 i 5 lub w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
2. Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorobami współistniejącymi z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
3. działania trucizny, trujących gazów lub oparów,
4. nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
5. choroby, w przypadku której Ubezpieczony otrzymał diagnozę lub zalecenie przeprowadzenia leczenia operacyjnego lub podlegał leczeniu, lub podlegał medycznej kontroli, lub był w trakcie badań diagnostycznych w okresie 5 lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

Ubezpieczony, u którego dokonano rozpoznania jednej z groźnych chorób objętych zakresem ubezpieczenia lub dokonano lub zalecono dokonanie leczenia operacyjnego objętego zakresem ubezpieczenia przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, zostanie objęty ubezpieczeniem na podstawie Umowy dodatkowej z wyłączeniem chorób, które wystąpiły oraz pozostających z nimi w związku przyczynowo-skutkowym (szczegółowa tabela zdarzeń wyłączonych z ochrony znajduje się w Ogólnych Warunkach Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby).

XII. Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja wynika lub jest związana ze zdarzeniami wymienionymi w ust. XII pkt 1, 2, lub:

1. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
2. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą umową,
3. Rehabilitacją,
4. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
5. wszelkimi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w tym nerwicami (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
6. jakąkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia, w ośrodku lecznictwa otwartego lub w ośrodku rehabilitacji,
7. pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniem lekarza specjalisty lub w trakcie leczenia w specjalistycznych ośrodkach odwykowych,
8. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
9. uszkodzeniem ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
10. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
11. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej,
12. przelotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

XIII. Umowa dodatkowa Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja lub zabieg chirurgiczny wynikają ze zdarzeń wymienionych w ust. XII (za wyjątkiem pkt 3).

XIV. Umowa dodatkowa Telediagnoza

Konsultacje z tytułu Umowy dodatkowej nie będą udzielane, jeżeli choroba lub problem zdrowotny zostały spowodowane w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
2. nadużywania alkoholu lub leczniczo nieuzasadnionego użycia środków farmaceutycznych, w tym narkotyków,
3. Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zespołu związanego z AIDS, chorób przenoszonych drogą płciową oraz w przypadku stwierdzenia dodatniego wyniku testu HIV,
4. skażenia radioaktywnego,
5. działania trucizny albo trujących gazów lub oparów,
6. wad wrodzonych lub wad, które ujawniły się bezpośrednio po urodzeniu lub w późniejszym okresie.

Karencje (karencja to okres czasowo zawieszony lub ograniczonej ochrony ubezpieczeniowej)

Ryzyka ubezpieczeniowe objęte karencją:	Dotyczy Pracowników przystępujących:	
	w ciągu 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień*	po 3 miesiącach od daty nabycia uprawnień*
	* Data nabycia uprawnień to późniejsza z dat – data wejścia polisy w życie lub data zatrudnienia w jednej z form wymienionych w pkt 3 niniejszego dokumentu.	
Pakiet Podstawowy		
Śmierć Ubezpieczonego	BRAK	BRAK
Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku	BRAK	BRAK
Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego	BRAK	BRAK
Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy	BRAK	BRAK
Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku	BRAK	BRAK
Niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby	BRAK	BRAK
Pakiet Rodzinny		
Śmierć Małżonka Ubezpieczonego	BRAK	6 miesięcy (w tym okresie Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za zdarzenia będące skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w okresie ubezpieczenia)
Śmierć Małżonka Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku	BRAK	BRAK
Pobyt w szpitalu Małżonka/Partnera (na skutek Choroby, na skutek Nieszczęśliwego Wypadku)	BRAK	3 miesiące
Uszczerbek na zdrowiu Małżonka na skutek Nieszczęśliwego Wypadku	BRAK	BRAK
Utrata Członka Rodziny Ubezpieczonego (śmierć Dziecka, Rodzica)	BRAK	6 miesięcy (w tym okresie Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za zdarzenia będące skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w okresie ubezpieczenia)
Trwałe Inwalidztwo Dziecka Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku	BRAK	BRAK
Osierocenie dziecka Ubezpieczonego	BRAK	BRAK
Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	9 miesięcy	9 miesięcy
Pakiet Medyczny		
Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby	1 miesiąc (w tym okresie Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za zdarzenia będące skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w okresie ubezpieczenia)	1 miesiąc (w tym okresie Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za zdarzenia będące skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w okresie ubezpieczenia)
Wystąpienie groźnej Choroby Ubezpieczonego	3 miesiące	3 miesiące
Śmierć Ubezpieczonego na skutek Zawału serca lub Udaru mózgu	3 miesiące	3 miesiące
Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału serca lub Udaru mózgu	3 miesiące	3 miesiące
Operacja Ubezpieczonego (na skutek Choroby, na skutek Nieszczęśliwego Wypadku)	BRAK	BRAK
Pakiet Renta – Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku	BRAK	BRAK
Telediagnoza (druga opinia medyczna)	BRAK	BRAK

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

Rodzaj Świadczenia:	
Pakiet Podstawowy	
Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego	Zostanie wypłacone Uposażonemu w wysokości sumy ubezpieczenia na życie bez względu na przyczynę śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa.
Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku (NW)	Zostanie wypłacone Uposażonemu, jeżeli Ubezpieczony odniesie na skutek NW obrażenia ciała, które spowodują jego śmierć w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku. W takim przypadku Towarzystwo wypłaci kwotę Świadczenia z tytułu „Śmierci Ubezpieczonego” oraz dodatkowo sumę ubezpieczenia z tytułu „Śmierci Ubezpieczonego na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku”.

Rodzaj Świadczenia:	
Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego	Zostanie wypłacone Uposażonemu, jeżeli Ubezpieczony na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego odniesie obrażenia ciała, które spowodują jego śmierć w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku. Przez „nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny” rozumie się – Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego podróżującego w charakterze kierowcy lub pasażera Pojazdem lub Środkiem transportu publicznego będącym w ruchu, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej. Pod pojęciem Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd lub Środek transportu publicznego będący w ruchu. W takim przypadku Towarzystwo wypłaci osobie uposażonej kwotę Świadczenia z tytułu „Śmierci Ubezpieczonego” oraz dodatkowo sumę ubezpieczenia z tytułu „Śmierci Ubezpieczonego na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego”.
Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy	Świadczenie zostanie wypłacone Uposażonemu, jeżeli Ubezpieczony na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy odniesie obrażenia ciała, które spowodują jego śmierć w ciągu 180 dni od daty wypadku. Przez pracę rozumie się czas, w którym Ubezpieczony pozostaje w dyspozycji Ubezpieczającego w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy lub który wystąpił w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem obowiązku wynikającego ze stosunku pracy lub w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań. Za wypadek w pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy. W takim przypadku Towarzystwo wypłaci osobie uposażonej kwotę Świadczenia z tytułu „Śmierci Ubezpieczonego” oraz dodatkowo sumę ubezpieczenia z tytułu „Śmierci Ubezpieczonego na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy” i „Śmierci Ubezpieczonego na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy”.
Świadczenie na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku	Świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% stwierdzonego uszczerbku zostanie wypłacone, jeśli Ubezpieczony dozna Uszczerbku na zdrowiu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku. Świadczenie zostanie wypłacone jako % sumy ubezpieczenia zależnie od stopnia Uszczerbku na zdrowiu w wysokości określonej w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” określającej rodzaj uszczerbku oraz odpowiadającą mu wysokość Świadczenia wyrażoną jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia. Uszczerbek na zdrowiu to trwała fizyczna strata funkcji narządu, układu lub kończyny. W przypadku Złamania niepowodującego straty funkcji organizmu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5. Świadczenie zostanie wypłacone po okresie leczenia, zalecanej rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia Uszczerbku na zdrowiu oraz potwierdzeniu trwałego charakteru Uszczerbku na zdrowiu.
Świadczenie na wypadek Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby	Zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości sumy ubezpieczenia w razie stwierdzenia całkowitej i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwałe, to jest nierokującej poprawy niezdolności Ubezpieczonego do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie zgodnej z jego wykształceniem, przyuczeniem zawodowym i doświadczeniem, pod warunkiem że niezdolność ta trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 kolejnych miesięcy i po zakończeniu tego okresu pozostaje całkowitą i trwałą.
Pakiet Rodzinny	
Świadczenie na wypadek śmierci Małżonka Ubezpieczonego	Zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości sumy ubezpieczenia, jeżeli śmierć jego Małżonka (w wieku do 65 lat) nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego.
Świadczenie na wypadek śmierci Małżonka Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku	Zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości sumy ubezpieczenia, jeżeli jego Małżonek (w wieku do 65 lat) odniesie obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, które spowodują jego śmierć w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku. W takim przypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu kwotę Świadczenia z tytułu „Śmierci Małżonka” oraz dodatkowo sumę ubezpieczenia z tytułu „Śmierci Małżonka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku”.
Świadczenie na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku	Świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% stwierdzonego uszczerbku zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, jeśli jego Małżonek (w wieku do 65 lat) dozna Uszczerbku na zdrowiu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku. Świadczenie zostanie wypłacone jako % sumy ubezpieczenia zależnie od stopnia Uszczerbku na zdrowiu w wysokości określonej w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” określającej rodzaj uszczerbku oraz odpowiadającą mu wysokość Świadczenia wyrażoną jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia. Uszczerbek na zdrowiu to trwała fizyczna strata funkcji narządu, układu lub kończyny. W przypadku Złamania niepowodującego straty funkcji organizmu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5. Świadczenie zostanie wypłacone po okresie leczenia, zalecanej rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia Uszczerbku na zdrowiu oraz potwierdzeniu trwałego charakteru Uszczerbku na zdrowiu.
Świadczenie na wypadek utraty Członka Rodziny Ubezpieczonego (Dziecka, Rodzica)	Zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku: <ul style="list-style-type: none"> • śmierci Dziecka własnego lub przysposobionego Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19. roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25. roku życia z dowolnej przyczyny, • śmierci Rodzica Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica Małżonka Ubezpieczonego. Jeżeli matka Ubezpieczonego lub jego Małżonka nie żyje, definicja Rodzica obejmuje również Macochę Ubezpieczonego / Małżonka. Jeżeli ojciec Ubezpieczonego lub jego Małżonka nie żyje, definicja Rodzica obejmuje również Ojczyma Ubezpieczonego / Małżonka. Liczba Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu śmierci Rodzica nie może przekroczyć czterech.

Rodzaj Świadczenia:	
Świadczenie na wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku	Zostanie wypłacone Ubezpieczonemu pod warunkiem wystąpienia Całkowitego lub Częściowego i Trwałego Inwalidztwa Dziecka na skutek Nieszczęśliwego Wypadku. Dziecko określone jest jako dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego od chwili urodzenia i pod warunkiem żywego urodzenia do 19. roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25. roku życia. Świadczenie zostanie wypłacone, jeśli fizyczne obrażenia ciała powodujące inwalidztwo Dziecka Ubezpieczonego zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku (i w przypadku Całkowitego Inwalidztwa – trwało nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i po zakończeniu tego okresu pozostaje całkowitym i trwałym, nierokującym poprawy w świetle obowiązującej wiedzy medycznej). Świadczenie zostanie wypłacone jako % sumy ubezpieczenia zależnie od stopnia Trwałego Inwalidztwa w wysokości określonej w „Tabeli świadczeń określającej rodzaj inwalidztwa” oraz odpowiadającą mu wysokość Świadczenia wyrażoną jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia. W przypadku Całkowitego Trwałego Inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Świadczenie wyniesie 100% sumy ubezpieczenia.
Świadczenie na wypadek Osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego	Zostanie wypłacone każdemu dziecku Ubezpieczonego (własnemu lub przysposobionemu w wieku od urodzenia do 19. roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25. roku życia) w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
Świadczenie na wypadek Urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu	Zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w przypadku Urodzenia się Ubezpieczonemu dziecka żywego lub martwego (nie wcześniej niż po upływie dwudziestego drugiego tygodnia ciąży), potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka.
Pakiet Medyczny	
Świadczenie na wypadek pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby	Zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w przypadku, gdy: <ul style="list-style-type: none"> • pobyt w Szpitalu spowodowany był Chorobą i trwał przez ponad 3 kolejne dni, • pobyt w Szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym Wypadkiem i trwał co najmniej dobę. Świadczenie płatne jest od pierwszego Dnia hospitalizacji za maksymalnie 180 dni Hospitalizacji z powodu tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
Świadczenie na wypadek groźnej choroby Ubezpieczonego	Zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego choroby lub przebiecia leczenia operacyjnego objętego zakresem ochrony: rak, zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego, udar, niewydolność nerek, przeszczepienie narządów, utrata wzroku, śpiączka, poważne oparzenie, utrata mowy, stwardnienie rozsiane, operacja zastawek serca, utrata słuchu, paraliż, utrata kończyn, łagodny guz mózgu, operacja aorty, dystrofia mięśniowa, inne poważne postaci choroby niedokrwiennej serca, piorunujące wirusowe zapalenie wątroby, pierwotne nadciśnienie płucne, choroba nieuleczalna, schyłkowa niewydolność płuc, choroba neuronu ruchowego, choroba Parkinsona, niedokrwistość aplastyczna, zapalenie mózgu, poważny uraz głowy, bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, niezdolność do samodzielnej egzystencji, toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek, zespół apaliczny. W przypadku angioplastyki wieńcowej przeszskórnej zostanie wypłacone Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia.
Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru	Zostanie wypłacone Uposażonemu, jeżeli: <ol style="list-style-type: none"> a) Zawał mięśnia sercowego lub Udar oraz śmierć Ubezpieczonego w wyniku Zawału mięśnia sercowego lub Udaru nastąpiły w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej, b) pomiędzy Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem a Śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy oraz c) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 30 dni od daty wystąpienia Zawału mięśnia sercowego lub Udaru.
Świadczenie na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru	Zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% stwierdzonego Uszczerbku na zdrowiu, maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia za jeden i ten sam Zawał lub Udar, pod warunkiem, że: <ol style="list-style-type: none"> a) Zawał mięśnia sercowego lub Udar nastąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej, b) pomiędzy Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem a Uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy oraz c) Upośledzenie lub utrata funkcji narządu lub układu zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty wystąpienia Zawału mięśnia sercowego lub Udaru oraz d) Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty rozpoznania Zawału mięśnia sercowego lub Udaru. Świadczenie zostanie wypłacone jako % sumy ubezpieczenia zależnie od stopnia Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału lub Udaru w wysokości określonej w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru” określającej rodzaj uszczerbku oraz odpowiadającą mu wysokość Świadczenia wyrażoną jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia. Ubezpieczony może otrzymać dwa Świadczenia z umowy, jedno za Uszczerbek na skutek Zawału oraz jedno za Uszczerbek na skutek Udaru.
Świadczenie na wypadek operacji Ubezpieczonego	Zostanie wypłacone Ubezpieczonemu z tytułu przebytej operacji lub zabiegu chirurgicznego spowodowanego Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem zgodnie z Tabelą Świadczeń w wysokości uzależnionej od rodzaju operacji lub zabiegu. Towarzystwo wypłaci Świadczenie pod warunkiem, że Ubezpieczony przebywał w Szpitalu jako Pacjent stały (przez co najmniej 2 kolejne dni kalendarzowe, licząc od dnia przyjęcia do dnia wypisania ze Szpitala) i został poddany operacji bądź zabiegowi chirurgicznemu w następnym: <ol style="list-style-type: none"> a) Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej lub

Rodzaj Świadczenia:	
Świadczenie na wypadek operacji Ubezpieczonego (cd.)	<p>b) Choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej.</p> <p>Towarzystwo obejmuje ochroną operacje niewymienione w Tabeli Świadczeń, z tym że w przypadku operacji niewymienionej w Tabeli Świadczeń Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5, stosując wskaźnik procentowy wymieniony w Tabeli Świadczeń dla operacji o najbardziej zbliżonym stopniu trudności.</p>
Pakiet Renta – Świadczenie na wypadek Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku	<p>Zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w przypadku Trwałego Inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego Wypadku (minimum 50%). W przypadku powstania ww. inwalidztwa wypłacane będzie miesięczne Świadczenie w wysokości określonej w tabeli z zakresem Świadczeń zgodnie z wybranym wariantem, odpowiednio przez 5 / 10 / 15 lat. Wypłata miesięcznego Świadczenia rozpocznie się po okresie leczenia, zalecanej rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia inwalidztwa oraz potwierdzenia trwałego charakteru inwalidztwa i będzie obejmowała okres od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Inwalidztwa. Wskaźnik procentowy Trwałego Inwalidztwa zostanie określony na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”.</p> <p>Niezależnie od renty miesięcznej Ubezpieczony otrzyma dodatkowo jednorazowe Świadczenie – kwotę w zależności od wybranego wariantu w wysokości 50 000 zł / 100 000 zł / 150 000 zł.</p>
Telediagnoza	<p>Świadczeniem jest opłacenie przez Towarzystwo kosztów Konsultacji Medycznej uzyskanej przez Ubezpieczonego w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego, którym jest wystąpienie po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej chorób lub problemów zdrowotnych (Nowotwór, Zawał mięśnia sercowego, Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego, Śpiączka, Udar mózgu, Stwardnienie rozsiane, Porażenie, niedowład, Przewlekła obturacyjna choroba płuc, rozedma płuc, choroby zapalne jelit, przewlekła choroba wątroby, niewydolność nerek, przewlekłe dolegliwości bólowe stawów, czerniak złośliwy, rozległe oparzenia, nagła ślepota spowodowana chorobą, przeszczep narządów, choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego, inne podobne choroby zagrażające życiu), z tytułu których Ubezpieczony zwraca się do przedstawiciela Konsorcjum z wnioskiem o udzielenie Konsultacji Medycznej.</p> <p>W odniesieniu do każdego Ubezpieczonego liczba Konsultacji jest ograniczona do dwóch w każdym Roku Ubezpieczenia Ubezpieczonego i sześciu w okresie objęcia Umową dodatkową.</p>

11. Koniec ochrony ubezpieczeniowej

- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo kończy się w odniesieniu do Ubezpieczonego:
 - w ostatnim dniu poprzedzającym Miesięcznicę polisy, jeżeli pomiędzy nią a poprzednią Miesięcznicą polisy przypadło jedno ze zdarzeń:
 - ukończenie przez Ubezpieczonego wieku 65 lat,
 - ustanie zatrudnienia lub utrata przez Ubezpieczonego uprawnień do ubezpieczenia,
 - rozpoczęcie przez Ubezpieczonego urlopu bezpłatnego lub wychowawczego dłuższego niż jeden miesiąc,
 - powołanie do pełnienia służby wojskowej lub jej form zastępczych, przeszkolenia wojskowego lub ćwiczeń wojskowych,
 - z dniem wypłaty przez Towarzystwo Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku nieopłacenia składki ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo kończy się z upływem okresu karencji, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie siedmiu dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do opłacenia składki.
- Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w związku z rezygnacją Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ostatnim dniu poprzedzającym najbliższą Miesięcznicę polisy. Składka ubezpieczeniowa powinna być zapłacona za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo wszystkim Ubezpieczonym kończy się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia.

12. Odstąpienie/Rezygnacja/Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia

- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, ze skutkiem natychmiastowym, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia Umowy.
- W przypadku odstąpienia Towarzystwo zwróci wpłaconą składkę po potrąceniu jej części za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia w dowolnym momencie trwania ubezpieczenia ze skutkiem na dzień Miesięcznicy polisy następującej po złożeniu Pracodawcy pisemnej rezygnacji.

13. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia grupowego

- Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu wygasa z powodu:
 - ustania zatrudnienia lub
 - utrąty uprawnień do ubezpieczenia,

i jeśli trwała nieprzerwanie przez nie mniej niż 6 miesięcy, to Ubezpieczony ma możliwość zawarcia indywidualnej Umowy Ubezpieczenia na życie bez udokumentowania zdolności do ubezpieczenia. Indywidualna umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednej z form zaproponowanych przez Towarzystwo, a składka ubezpieczeniowa zostanie dostosowana do aktualnego wieku i klasy ryzyka w momencie wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia indywidualnego.

2. Złożenie pisemnego wniosku Ubezpieczonego o dokonanie zamiany na indywidualną Umowę Ubezpieczenia na życie wraz z zapłatą pierwszej składki z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie powinny zostać dokonane w ciągu 60 dni od daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Ubezpieczenia.
3. Indywidualna Umowa Ubezpieczenia na życie wejdzie w życie z datą wskazaną w tej Umowie.
W przypadku zgonu w okresie 31 dni od dnia rozpoczęcia okresu uprawniającego do złożenia wniosku o zamianę ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej, jeśli indywidualna Umowa Ubezpieczenia nie została zawarta.

14. Opodatkowanie świadczeń

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie OWU 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 (j.t. Dz.U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (j.t. Dz.U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).

15. Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego

- **on-line** – przez portal e-roszczenie. Zgłoszenie roszczenia on-line potwierdzone zostanie wygenerowaniem formularza – wniosku o wypłatę świadczenia – w formacie PDF. Wypełniony i własnoręcznie podpisany formularz wraz z wymaganymi dokumentami, które nie zostały dołączone do zgłoszenia on-line, powinny być przesłane do Departamentu Roszczeń na adres **roszczenia@metlife.pl**. W temacie wiadomości prosimy wpisać nadany numer roszczenia.
- **Pocztą elektroniczną** – **roszczenia@metlife.pl**, załączając komplet wymaganej dokumentacji.
- **Telefonicznie** za pośrednictwem Telefonicznego Centrum Informacji – **+48 22 523 50 70**.
- **Korespondencyjnie** na adres – Dział Roszczeń MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, z dopiskiem „Roszczenia z polisy grupowej-pracowniczej”.
- **Osobiście** – odwiedzając biuro główne MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26 w Warszawie.

Informacje o potrzebnych dokumentach oraz druki roszczeniowe mogą Państwo znaleźć na stronie www.metlife.pl, w zakładce: Oferta dla Biznesu/Obsługa Klienta/Roszczenia – grupowe ubezpieczenia pracownicze (bezpośrednio pod linkiem: <https://www.metlife.pl/pl/business/obsługa-klienta/zgłoś-roszczenie/>).

16. Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania reklamacji

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

- **pisemnie na adres Towarzystwa:** MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- **elektronicznie na adres e-mail:** lifeinfo@metlife.pl,
- **telefonicznie pod numerem:** tel. +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- **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 składającego 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. Dodatkowe informacje

Agent ubezpieczeniowy otrzymuje od Towarzystwa prowizję lub inny rodzaj wynagrodzenia uwzględniony w kwocie składki ubezpieczeniowej.

Uwaga!!!

Niniejszy dokument ma jedynie charakter informacyjny i nie stanowi podstawy do określania zobowiązań zakładu ubezpieczeń z tytułu przystąpienia poszczególnych Ubezpieczonych do Umowy Ubezpieczenia. W szczególności przedstawione w niniejszej Karcie warunki ubezpieczenia mogą nie obowiązywać, jeżeli nie zostaną spełnione warunki partycypacji grupy określone w ofercie Towarzystwa skierowanej do pracodawcy lub Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia Grupowego „Super Firma” podpisanej z pracodawcą. W takiej sytuacji Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zmiany wybranych warunków ubezpieczenia, co zostanie wskazane w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia. Przed złożeniem oświadczenia o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia należy zapoznać się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Grupowego „Super Firma” i Szczegółową Umową Ubezpieczenia, w tym w szczególności z zakresem ochrony, wysokością sum ubezpieczenia oraz opisem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Wszystkie powyższe informacje dostępne są u Państwa Pracodawcy. Ubezpieczony może żądać, by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

