

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa (F)

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Niezdolność do Pracy (F)

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

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

Komentarze i wyjaśnienia, które znajdują się w ramkach, nie są treścią OWU. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione kursywą są zdefiniowane na początku dokumentu lub w OWU umowy podstawowej.

Wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy uwagę na kluczowe kwestie dotyczące umowy dodatkowej.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre postanowienia umowy dodatkowej oraz trudne sformułowania użyte w treści OWU.



PRZYKŁADY

Pokazujemy, jak w praktyce stosowane są postanowienia umowy dodatkowej i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.

Rozdział I. Postanowienia ogólne

Artykuł 1. Wstęp

1. Niniejsze OWU mają zastosowanie do *umowy dodatkowej* Ubezpieczenie na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa (F) zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym*. Stanowią one integralną część umowy ubezpieczenia i są dokumentem wiążącym strony.
2. *Umowa dodatkowa* jest częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). *Umowa dodatkowa* jest zawierana na wniosek *Ubezpieczającego* i obejmuje ochroną odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, jeżeli tak określa *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony*, który w *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* ukończył 16. rok życia, a nie ukończył 61. roku życia. Składka należna z tytułu *umowy dodatkowej* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* jest podana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.

Artykuł 2. Definicje

1. **całkowite i trwałe inwalidztwo** – *niezdolność do pracy* w przypadku *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, który w dniu powstania *całkowitego i trwałego inwalidztwa* nie ukończył 65. roku życia i nie posiada prawa do emerytury lub renty z tytułu *niezdolności do pracy* w rozumieniu Ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2018 poz. 1270 t.j.), w pozostałych przypadkach *całkowite i trwałe inwalidztwo* oznacza *niezdolność do samodzielnej egzystencji*,
2. **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
3. **niez szczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą odpowiednio u *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* chorobą,
4. **niezdolność do pracy** – niezdolność do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie z powodu uszkodzenia ciała lub *choroby*. Niezdolność ta powinna trwać nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy, licząc od dnia jej powstania i po zakończeniu tego okresu pozostawać całkowitą i trwałą. Niezależnie od powyższych postanowień dla celów *umowy dodatkowej* za *niezdolność do pracy* uznaje się całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w obu oczach lub utratę co najmniej dwóch kończyn (co najmniej dwóch stóp lub stopy i dłoni bądź dwóch dłoni), lub paraliż co najmniej dwóch kończyn, które są skutkiem *NW* lub *choroby*,
5. **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan potwierdzony przez lekarza, który trwa nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy i polega na niezdolności do samodzielnego (bez pomocy drugiej osoby) wykonywania co najmniej czterech z czynności życia codziennego:
 - a) korzystanie z toalety,
 - b) mycie się, czyli wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej (rozumiane jako kąpiel w wannie lub pod prysznicem),
 - c) spożywanie przygotowanych posiłków,
 - d) przechodzenie z łóżka na wózek lub krzesło i z powrotem,
 - e) przemieszczanie się, czyli umiejętność samodzielnego poruszania się na jednym poziomie po powierzchni płaskiej, także przy wykorzystaniu laski, chodzika,
 - f) ubieranie i rozbieranie się.Niezależnie od powyższych postanowień dla celów *umowy dodatkowej* za *niezdolność do samodzielnej egzystencji* uznaje się całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w obu oczach lub co najmniej dwóch kończyn (dwóch stóp lub stopy i dłoni bądź dwóch dłoni), lub paraliż co najmniej dwóch kończyn, które są skutkiem *NW* lub *choroby*,
6. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
7. **zawody z użytkowaniem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użytkowaniem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada,
8. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach tej *umowy dodatkowej* – *całkowite i trwałe inwalidztwo*.

Rozdział II. Ochrona ubezpieczeniowa i jej zakres

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres terytorialny

1. Przedmiotem tego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

Artykuł 4. Zakres ochrony

1. Zakres ochrony *umowy dodatkowej* obejmuje następujące *zdarzenia ubezpieczeniowe* powstałe w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*:
 - *całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego*,
 - *całkowite i trwałe inwalidztwo Współubezpieczonego*.
2. Jeżeli *całkowite i trwałe inwalidztwo* odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* będzie następstwem *NW*, *MetLife* wypłaci odpowiednio *Ubezpieczonemu* lub *Współubezpieczonemu* świadczenie, jeżeli *niez szczęśliwy wypadek* miał miejsce po *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej*.
3. Świadczenie w przypadku *całkowitego i trwałego inwalidztwa* jest podwajane, jeśli do *całkowitego i trwałego inwalidztwa* doszło wskutek *NW*.
4. Jeżeli *całkowite i trwałe inwalidztwo* odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* będzie następstwem *choroby*, *MetLife* wypłaci odpowiednio *Ubezpieczonemu* lub *Współubezpieczonemu* świadczenie z tytułu *całkowitego i trwałego inwalidztwa* w wysokości *sumy ubezpieczenia*, jeżeli łącznie spełnione będą warunki:

- a) zdiagnozowanie choroby nastąpiło po upływie 90 dni od daty wejścia w życie umowy dodatkowej,
 - b) w razie prowadzenia procedur diagnostycznych lub leczenia, których efektem jest zdiagnozowanie choroby, czynności te rozpoczęły się po upływie 90 dni od daty wejścia w życie umowy dodatkowej.
5. Wysokość sumy ubezpieczenia i składki za umowę dodatkową odpowiednio dla Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
 6. Świadczenie zostanie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu powstania całkowitego i trwałego inwalidztwa odpowiednio Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
 7. MetLife wypłaci świadczenie z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale V. Wyłączenia odpowiedzialności MetLife.
 8. Jeżeli świadczenie z tytułu umowy dodatkowej będzie wypłacane Ubezpieczającemu, MetLife pomniejszy wypłacaną kwotę o wymagalne wierzytelności, które wynikają z OWU.

Rozdział III. Zawarcie umowy dodatkowej i początek odpowiedzialności MetLife

Artykuł 5. Zawarcie umowy dodatkowej i początek odpowiedzialności MetLife

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



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

Rozdział IV. Wypłata świadczenia

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



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

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

1. Informacje o wymaganych dokumentach i możliwościach ich poświadczania znajdują się na www.metlife.pl.
2. W terminie 7 dni od daty otrzymania informacji o zdarzeniu ubezpieczeniowym MetLife poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie o wymaganych dokumentach określonych w punkcie 3 poniżej.
3. Do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przekazanie MetLife dokumentów:
 - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu MetLife lub w formie pisemnego wniosku, który będzie zawierał dane określone na formularzu MetLife,
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - kopii zwolnień lekarskich oraz orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności,
 - kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, a w przypadku, gdy są oni niepełnoletni – kopię dokumentu tożsamości opiekuna prawnego.
 Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, dodatkowo należy przekazać MetLife dokumenty:
 - kopię dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury, kopię wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
 - kopię innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku.
4. Na podstawie otrzymanych dokumentów MetLife potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
5. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, MetLife poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
6. MetLife ma prawo też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem mogą poświadczyc: notariusz lub osoby upoważnione w siedzibie MetLife lub biurach sprzedaży MetLife, lub organ wydający dokument.
7. Dokumentacja dotycząca zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce poza granicami Polski, musi być przetłumaczona na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt osoby, która zgłasza roszczenie.
8. MetLife zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
9. MetLife może wystąpić z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, placówek medycznych i innych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, o czym poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.
10. MetLife zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
11. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności MetLife albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia MetLife powinno wypłacić w 30-dniowym terminie wskazanym w punkcie 10 powyżej.
12. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów, które są niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, MetLife może odmówić wypłaty świadczenia.
13. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, MetLife powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione do świadczenia, uzasadniając odmowę w terminach określonych w punktach 10 i 11 powyżej.

Artykuł 7. Badanie lekarskie

1. W przypadku, gdy otrzymana dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia z umowy dodatkowej, MetLife może przeprowadzić badania odpowiednio Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego przez lekarza powołanego przez MetLife. Badania te są wykonywane w placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, która współpracuje z MetLife.
2. Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest zobowiązany na koszt MetLife poddawać się w trakcie rozpatrywania roszczenia badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony odmówi poddania się badaniom, MetLife może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu tej umowy dodatkowej.
3. Świadczenia należne z tytułu umowy dodatkowej zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Rozdział V. Wyłączenia odpowiedzialności MetLife



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

Artykuł 8. Wyłączenia odpowiedzialności MetLife

MetLife nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli całkowite i trwałe inwalidztwo odpowiednio Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego nastąpiło w wyniku:

- zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- choroby lub jej zaostrzenia, które są skutkiem umyślnego zaniedbania odpowiednio Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, co wynika z dokumentacji medycznej,
- alkoholizmu lub zespołu zależności alkoholowej (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, substancji toksycznych, a także nieszczęśliwego wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem wyżej wymienionych czynników,
- zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
- pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
- uprawiania sportów motorowych lub motorowodnych, uczestnictwa w rajdach samochodowych lub rajdach motocyklowych, jazdy motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
- uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Rozdział VI. Kontynuacja i wygaśnięcie umowy dodatkowej

Artykuł 9. Kontynuacja umowy dodatkowej

MetLife może zaproponować kontynuację umowy dodatkowej pod warunkiem kontynuacji umowy podstawowej i na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Artykuł 10. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

- Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy dodatkowej w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od daty jej zawarcia, na zasadach określonych w umowie podstawowej.
- Umowa dodatkowa może być rozwiązana przez Ubezpieczającego w dowolnym momencie jej obowiązywania. Rozwiązanie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego MetLife lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Rozwiązanie umowy dodatkowej jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka za umowę dodatkową.



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

- Umowa dodatkowa wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z następujących przypadków:
 - składka z tytułu Umowy nie została opłacona do końca okresu prolongaty przewidzianego w umowie podstawowej, ale nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia składki lub
 - umowa podstawowa wygasa lub została rozwiązana, lub
 - w stosunku odpowiednio do Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego – w dniu powstania obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa, lub
 - w stosunku do Współubezpieczonego – w dniu śmierci Ubezpieczonego, wygaśnięcia lub rozwiązania umowy podstawowej, lub
 - w stosunku odpowiednio do Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego – w rocznicę Umowy następującą bezpośrednio po 70. urodzinach Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, niezależnie od tego, czy umowa podstawowa pozostaje w mocy po tym terminie.

Rozdział VII. Postanowienia końcowe

Artykuł 11. Umowa dodatkowa jako część Umowy

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

Warszawa, 15 kwietnia 2019

Mirosław Kiszyk
Prezes Zarządu MetLife

Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu MetLife