

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Gwarancja opłacania składek na wypadek śmierci lub całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego S55+

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Gwarancja opłacania składek na wypadek śmierci lub całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego S55+

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. 4; art. 8

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej *OWU*) stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i są dokumentem wiążącym strony. Znajdujące się w ramach w treści *OWU* komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści *OWU*. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione *kursywą* zostały zdefiniowane na początku dokumentu lub w *OWU umowy podstawowej*.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kluczowe kwestie dotyczące umowy dodatkowej.



WYJAŚNIENIA

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



PRZYKŁADY

Wyjaśniamy, 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* Gwarancja opłacania składek na wypadek śmierci lub całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego S55+ zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *umowy dodatkowej*.
2. *Umowa dodatkowa* jest częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). *Umowa dodatkowa* zawierana jest na wniosek *Ubezpieczającego* i obejmuje ochroną *Ubezpieczającego* wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty *Ubezpieczający*, który w *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* ukończył 30. rok życia, a nie ukończył 56. roku życia. Składkę należną z tytułu *umowy dodatkowej* określa *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*.

Artykuł 2. Definicje

Definicje określeń użytych w niniejszych *OWU*:

1. **całkowite i trwałe inwalidztwo** – całkowita i trwała niezdolność *Ubezpieczającego* do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie z powodu fizycznych obrażeń ciała w wyniku *NW* lub z powodu *choroby* pod warunkiem, że inwalidztwo trwało nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy, licząc od dnia jego powstania i po zakończeniu tego okresu nadal pozostaje ono całkowitym i trwałym. Tak zdefiniowane inwalidztwo uważane będzie za całkowite i trwałe wyłącznie w rozumieniu *umowy dodatkowej* w celu ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa*. Dla celów *umowy dodatkowej*, niezależnie od powyższych postanowień, *Towarzystwo* uznaje za *całkowite i trwałe inwalidztwo* zupełną i nieodwracalną obustronną utratę wzroku lub utratę:
 - a) obu dłoni powyżej nadgarstków lub
 - b) obu stóp powyżej kostek, lub
 - c) jednej dłoni powyżej nadgarstka i jednej stopy powyżej kostki,
2. **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
3. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,
4. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób.

Rozdział II. Ochrona ubezpieczeniowa i jej zakres

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia i życia *Ubezpieczającego*.



WAŻNE: Ochrona rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, pod warunkiem wpływu składki za umowę dodatkową na rachunek bankowy Towarzystwa i odebrania polisy przez *Ubezpieczającego*.

Artykuł 4. Zakres ochrony

1. Zakres ochrony *umowy dodatkowej* obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) śmierć *Ubezpieczającego* lub
 - b) *całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczającego*.
2. Przejęcie opłacania składek na wypadek śmierci *Ubezpieczającego*
 - a) W przypadku śmierci *Ubezpieczającego* w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej* *Towarzystwo* zobowiązuje się przejąć na siebie obowiązek opłacania składek należnych z tytułu *Umowy*.
 - b) Opłacanie składek przez *Towarzystwo* rozpoczyna się od pierwszej *składki*, której termin wymagalności przypada po śmierci *Ubezpieczającego*, a kończy się wraz z upływem *okresu składkowego umowy podstawowej*.
 - c) Opłacanie składek przez *Towarzystwo* nastąpi, jeżeli:
 - do dnia śmierci *Ubezpieczającego* składki z tytułu tej *umowy dodatkowej* były opłacone oraz
 - śmierć *Ubezpieczającego* nastąpiła przed dniem odpowiadającym *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* przypadającym po 65. urodzinach *Ubezpieczającego*.
 - d) Śmierć *Ubezpieczającego* musi zostać potwierdzona dowodami na piśmie zgodnie z dokumentami podanymi w artykule 6.
 - e) Opłacanie składek przez *Towarzystwo* z tytułu śmierci *Ubezpieczającego* nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia odpowiedzialności *Towarzystwa*.
3. Przejęcie opłacania składek na wypadek *całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego*
 - a) W przypadku powstania *całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego* w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej* *Towarzystwo* zobowiązuje się przejąć na siebie obowiązek opłacania składek należnych z tytułu *Umowy*.
 - b) Opłacanie składek przez *Towarzystwo* rozpoczyna się od pierwszej *składki*, której termin wymagalności przypada po powstaniu *całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego*, a kończy we wcześniejszej z dat:
 - z upływem *okresu składkowego umowy podstawowej*,
 - z ustaniem prawa do świadczenia z tytułu *całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego*.

- c) Opłacanie składek przez Towarzystwo następuje, jeżeli:
- całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczającego powstało w wyniku NW, który miał miejsce po dacie wejścia w życie umowy dodatkowej lub w wyniku choroby, rozpoznanej i potwierdzonej w dokumentacji medycznej oraz
 - całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczającego powstało przed dniem odpowiadającym dacie wejścia w życie umowy dodatkowej przypadającym po 65. urodzinach Ubezpieczającego, oraz
 - do dnia jego powstania składki z tytułu tej umowy dodatkowej były opłacone (jeżeli całkowite i trwałe inwalidztwo powstało w okresie prolongaty przewidzianym w umowie podstawowej, należna składka musi zostać opłacona zgodnie z Umową).
- d) Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczającego musi zostać potwierdzone dowodami na piśmie zgodnie z dokumentami podanymi w artykule 6.
- e) Niezależnie od uznania przez Towarzystwo dowodów potwierdzających powstanie całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego i przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek należnych z tytułu Umowy, Ubezpieczający ma obowiązek na żądanie Towarzystwa dostarczyć w wyznaczonym terminie (pod rygorem utraty prawa do świadczenia z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego) wymagane zaświadczenia o ciągłości inwalidztwa.
- f) Po upływie dwóch pełnych lat trwania całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego Towarzystwo nie ma prawa żądać takiego zaświadczenia częściej niż raz w roku.
- g) Jeżeli Ubezpieczający nie dostarczy wymaganego zaświadczenia albo odzyska zdolność do podjęcia działalności gospodarczej lub wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, składki od tego momentu powinny być opłacane przez Ubezpieczającego zgodnie z warunkami Umowy.
- h) Opłacanie składek przez Towarzystwo z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Rozdział III. Początek odpowiedzialności Towarzystwa

Artykuł 5. Początek odpowiedzialności Towarzystwa

Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w dacie wejścia w życie umowy dodatkowej wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem zawarcia umowy dodatkowej i opłacenia składki.

Rozdział IV. Wypłata świadczenia

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

1. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów określonych poniżej:
 - a) w przypadku śmierci Ubezpieczającego osoba uprawniona do świadczenia składa:
 - skrócony odpis aktu zgonu (w oryginale lub kopię potwierdzoną notarialnie),
 - wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - kopię zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu Ubezpieczającego lub kopię statystycznej karty zgonu, lub jakiegokolwiek dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu, w tym wynik sekcji zwłok, jeżeli była ona przeprowadzona,
 - kopię dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do świadczenia,
 - b) w przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego składa:
 - wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - kopię dokumentacji medycznej opisującej doznane fizyczne obrażenia ciała lub chorobę oraz zastosowane w ich przypadku leczenie,
 - kopię zwolnień lekarskich, orzeczenia organów rentowych o okresie i zakresie niezdolności do pracy, a także orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
 - kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego.
- Powiadomienie o roszczeniu z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego powinno zostać doręczone Towarzystwu za życia Ubezpieczającego oraz w czasie trwania całkowitego i trwałego inwalidztwa.



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

- **on-line** – przez portal e-rozszczenie (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 i Administracji Credit Life, 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.

2. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Polski, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.



WAŻNE: W celu rozpatrzenia roszczenia wymagane jest doręczenie Towarzystwu dokumentacji roszczeniowej przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.

3. Towarzystwo – po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia prześle osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie, wyżej wymienione formularze, o ile są wymagane. Przesłanie do Towarzystwa wypełnionych formularzy i dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Towarzystwa.



WAŻNE: Prosimy o możliwie szybkie powiadomienie Towarzystwa o zaistniałym wypadku.

4. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.



WAŻNE: Towarzystwo może zwrócić się z prośbą do placówek medycznych i organów administracji publicznej o dodatkowe informacje, o czym każdorazowo poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.

5. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia, Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia.
6. Towarzystwo zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie wskazanym w punkcie 6 niniejszego artykułu.

Artykuł 7. Badanie lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczającego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa odpowiadającego warunkom umowy dodatkowej. Ubezpieczający jest zobowiązany na koszt Towarzystwa

poddąć się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią *umowy dodatkowej*. Jeżeli *Ubezpieczający* odmówi poddania się badaniom niezbędnym do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa*, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia. Świadczenie należne z tytułu *umowy dodatkowej* zostanie przyznane na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.



WYJAŚNIENIE: Towarzystwo kieruje *Ubezpieczającego* na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa*. Badania te są wykonywane we współpracującej z *Towarzystwem* placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczającego*.

Rozdział V. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa



WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których *Towarzystwo* może odmówić uznania roszczenia.

Artykuł 8. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Roszczenie z tytułu *umowy dodatkowej* nie zostanie uznane, jeżeli śmierć lub całkowite i trwałe inwalidztwo *Ubezpieczającego* powstały w wyniku:

- zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowane jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
- 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 pozostawania przez *Ubezpieczającego* w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczającego*, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynie 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 w charakterze strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
- wykonywania jednej z wymienionych czynności: jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, loty szybowcowe, nurkowanie, paralotniarstwo, rajdy motocyklowe, rajdy samochodowe, skoki spadochronowe, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki, wspinaczka,
- podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.

Rozdział VI. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

Artykuł 9. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

- Ubezpieczający* może odstąpić od *umowy dodatkowej* w terminie 30 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 *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym *Ubezpieczającego*. Rozwiązanie *umowy dodatkowej* jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.



WAŻNE: W celu rezygnacji z *umowy dodatkowej* prosimy o pisemne powiadomienie o tym fakcie *Towarzystwo* i opłacenie składki za *Umowę pomniejszoną o składkę za tę umowę dodatkową*.

- Umowa dodatkowa* wygasa w każdym z następujących przypadków:
 - którakolwiek składka z tytułu *Umowy* nie została opłacona do końca okresu prolongaty przewidzianego w *Umowie*, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia składki lub
 - umowa podstawowa* wygasa lub została rozwiązana,
 - powstał obowiązek opłacania składek przez *Towarzystwo* z tytułu śmierci, lub
 - w rocznicę *umowy dodatkowej* następującą bezpośrednio po 65. urodzinach *Ubezpieczającego*, niezależnie od tego, czy *Umowa* pozostaje w mocy po tym terminie, lub



WAŻNE: Jeżeli obowiązek opłacania składek powstał przed 65. rokiem życia *Ubezpieczającego*, wówczas *Towarzystwo* będzie opłacać składki za polisę do wcześniejszej z dat: końca okresu składkowego lub śmierci *Ubezpieczonego*.

- z dniem otrzymania przez *Towarzystwo* wniosku o zmianę *Ubezpieczającego* za jego życia, lub
- jeśli *Ubezpieczający* został w trakcie trwania *umowy dodatkowej* uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu niepoczytalności. Przez niepoczytalność rozumie się utratę przez *Ubezpieczającego* możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzoną prawomocnym orzeczeniem sądu o ubezwłasnowolnieniu *Ubezpieczającego*, lub
- jeśli *Ubezpieczający* 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.

W przypadkach określonych w punktach e), f) i g) powyżej *Towarzystwo* zwróci część składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Jeżeli *umowa dodatkowa* wygaśnie zgodnie z powyższymi postanowieniami lub zostanie rozwiązana w inny sposób, obowiązek opłacania za nią składek ustaje. Opłacenie składki po rozwiązaniu lub wygaśnięciu *umowy dodatkowej* lub przyjęcie jej przez *Towarzystwo* nie pociąga za sobą żadnych zobowiązań po stronie *Towarzystwa* oprócz jej zwrotu.



WAŻNE: W celu rezygnacji z *umowy dodatkowej* prosimy o powiadomienie o tym fakcie *Towarzystwo* i opłacenie składki za *Umowę pomniejszoną o składkę za tę umowę dodatkową*.

Rozdział VII. Postanowienia końcowe

Artykuł 10. Umowa dodatkowa jako część Umowy

Umowa dodatkowa staje się z chwilą zawarcia częścią *Umowy*, której postanowienia stosuje się również do *umowy dodatkowej*. W czasie trwania całkowitego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczającego* nie można dokonywać żadnych zmian w *Umowie* ani w trybie opłacania składek.



WAŻNE: W czasie opłacania składek przez *Towarzystwo* mogą być dokonywane zmiany niestanowiące zmiany *Umowy*, takie jak zmiana danych kontaktowych lub identyfikacyjnych.

Artykuł 11. Zachowanie świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia

Wszelkie kwoty zagwarantowane w *Umowie* będą takie same jak w przypadku, gdyby wszystkie *składki* podlegające zwolnieniu z tytułu *umowy dodatkowej* zostały opłacone przez *Ubezpieczającego*.

Warszawa, 27 marca 2017 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa