

Komfort dla Ciebie

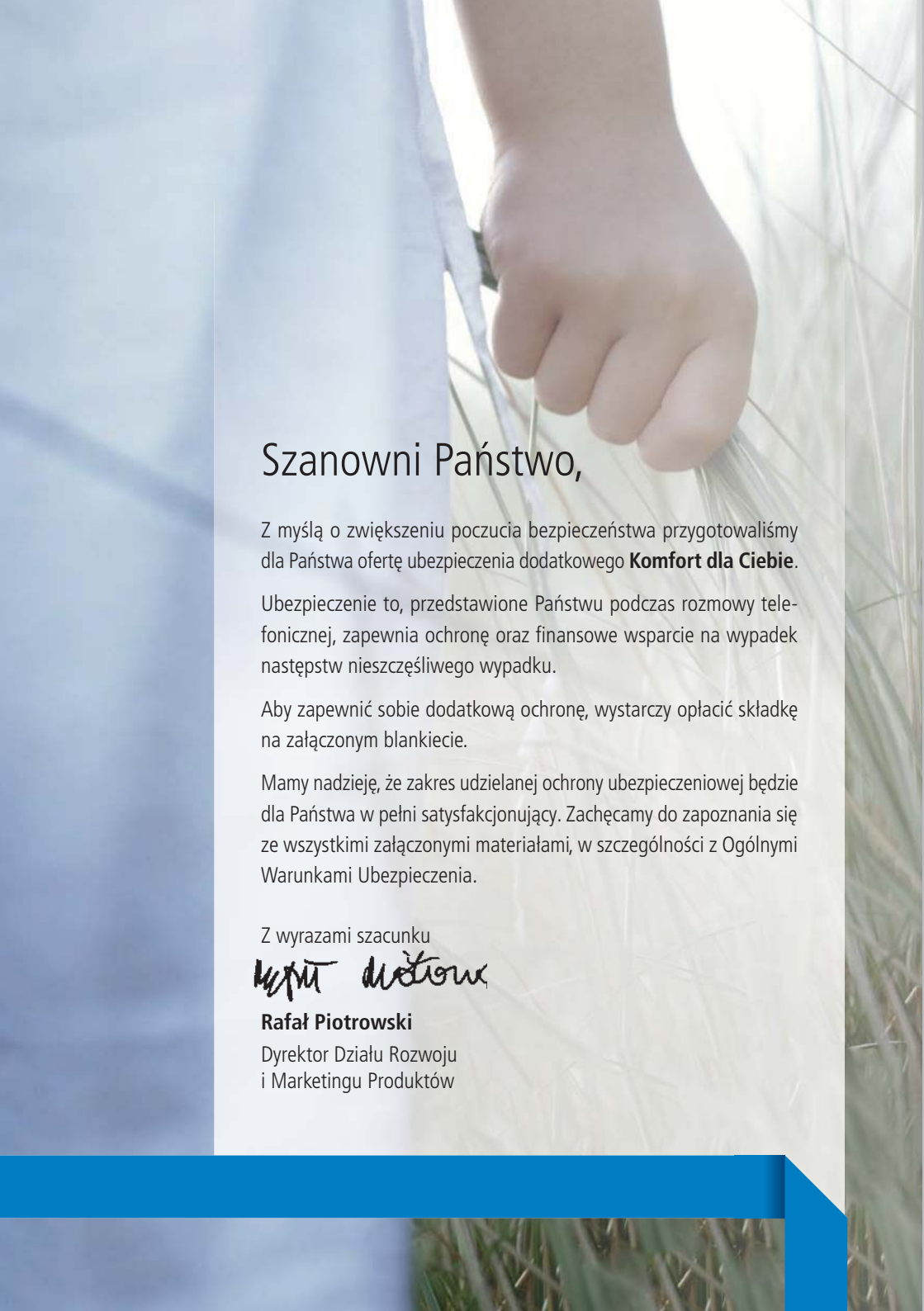


Spokój i poczucie bezpieczeństwa każdego dnia

MetLife[®]

Rozwijamy się dla Ciebie od ponad 145 lat.





Szanowni Państwo,

Z myślą o zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa przygotowaliśmy dla Państwa ofertę ubezpieczenia dodatkowego **Komfort dla Ciebie**.

Ubezpieczenie to, przedstawione Państwu podczas rozmowy telefonicznej, zapewnia ochronę oraz finansowe wsparcie na wypadek następstw nieszczęśliwego wypadku.

Aby zapewnić sobie dodatkową ochronę, wystarczy opłacić składkę na załączonym blankiecie.

Mamy nadzieję, że zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej będzie dla Państwa w pełni satysfakcjonujący. Zachęcamy do zapoznania się ze wszystkimi załączonymi materiałami, w szczególności z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.

Z wyrazami szacunku



Rafał Piotrowski

Dyrektor Działu Rozwoju
i Marketingu Produktów

Komfort dla Ciebie



Czym jest?

Komfort dla Ciebie to ubezpieczenie zapewniające zarówno ochronę na wypadek minimum 30% trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, a także finansowe wsparcie na wypadek hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku, w tym hospitalizacji na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej.

Dlaczego warto je mieć?

Nieszczęśliwy wypadek może zdarzyć się każdemu z nas i w każdej sytuacji. Na drodze, na działce, czy nawet w domu, w czasie wykonywania zwykłych codziennych obowiązków. Konsekwencje finansowe nieszczęśliwego wypadku mogą być bardzo poważne. Zależy nam na tym, aby zapewnić naszym Klientom ochronę na wypadek takich sytuacji.

Dla kogo jest przeznaczone?

Ubezpieczenie dodatkowe **Komfort dla Ciebie** zostało przygotowane specjalnie dla klientów MetLife.

Co zapewnia?

Zakres świadczeń	Wariant Standard	Wariant Premium
	Suma ubezpieczenia	
Świadczenie z tytułu min. 30% trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW	do 200 000 zł	do 300 000 zł
Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW	250 zł / dzień <i>(maks. 45 000 zł)</i>	350 zł / dzień <i>(maks. 63 000 zł)</i>
Dodatkowe dzienne świadczenie za pobyt Ubezpieczonego na OIOM wskutek NW	250 zł / dzień <i>(maks. 7 500 zł)</i>	350 zł / dzień <i>(maks. 10 500 zł)</i>

W przypadku pobytu na OIOM wskutek NW Ubezpieczony otrzyma łącznie 500 zł dziennie w Wariantcie Standard lub 700 zł dziennie w Wariantcie Premium (podwojone świadczenie w razie hospitalizacji wskutek NW, w tym hospitalizacji na OIOM).

Komfort dla Ciebie

Jak działa w praktyce?

Pan Henryk uległ wypadkowi na terenie centrum handlowego. Poślizgnął się na mokrych od deszczu schodach i upadł na tyle nieszczęśliwie, że doznał skomplikowanego złamania stawu biodrowego, w wyniku którego zostało orzeczone 40% trwałe inwalidztwo. Leczenie trwało wiele miesięcy, z czego 3 tygodnie Pan Henryk spędził w szpitalu. Niestety, nie udało mu się wrócić do pełnej sprawności.

Pan Henryk kilka miesięcy wcześniej zapewnił sobie odpowiednią ochronę, kupując dodatkowe ubezpieczenie **Komfort dla Ciebie** w Wariancie Premium.

Z tytułu pobytu w szpitalu Pan Henryk otrzymał świadczenie w wysokości **7 350 zł** (21 dni x 350 zł), które w całości przeznaczył na dodatkowe konsultacje u lekarzy specjalistów oraz na rehabilitację.

Świadczenie z tytułu min. 30% trwałego inwalidztwa wskutek NW w Wariancie Premium wyniosło **300 000 zł x 40% = 120 000 zł**. Dzięki tym pieniądzom Pan Henryk mógł zaadaptować mieszkanie do nowych warunków.

Ubezpieczenie **Komfort dla Ciebie** to:

- produkt **dedykowany** specjalnie dla Klientów MetLife
- **wysokie świadczenia**
- **finansowe wsparcie**, jeśli nieszczęśliwy wypadek spowoduje min. 30% trwałe inwalidztwo
- pieniądze za **pobyt w szpitalu** wskutek NW
- **dotatkowe świadczenie** za pobyt na OIOM wskutek NW
- stosunkowo **niska składka**
- **minimum formalności**
- **ochrona przez całą dobę, na całym świecie**



Komfort dla Ciebie

Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa
i hospitalizacji wskutek NW



MetLife®

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Komfort dla Ciebie

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 – str. 6; art. 6 – str. 8 Tabela norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 – str. 4; art. 4 – str. 6; art. 8 – str. 9 Tabela norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku

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.

POMOC

Szanowni Państwo, w ramach umieszczonych w treści *OWU* pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najistotniejszych zagadnień. Mamy nadzieję, że *SNOOPY* – ambasador marki MetLife przybliży i objaśni Państwu trudne sformułowania użyte w *OWU*. Dodatkowo, 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

- Niniejsze *OWU* mają zastosowanie do *umowy dodatkowej* Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa i hospitalizacji wskutek *NW* zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *umowy dodatkowej*.
- Umowa dodatkowa* jest częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). *Umowa dodatkowa* jest zawierana na wniosek *Ubezpieczającego* i obejmuje ochroną *Ubezpieczonego* wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, który w *dacie zawarcia umowy dodatkowej* ukończył 18. rok życia, a nie ukończył 71. roku życia. Składka należna z tytułu *umowy dodatkowej* jest podana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Definicje określeń użytych w niniejszych *OWU*:

- dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji*,

WYJAŚNIENIE: Pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień rejestracji w szpitalu, niezależnie od tego, o której godzinie rejestracja nastąpiła, a ostatnim dniem hospitalizacji – dzień wypisu ze szpitala. Jeżeli *Ubezpieczony* został przyjęty do szpitala w poniedziałek o godzinie 17, a wyszedł z niego w czwartek o 10 w tym samym tygodniu, to jego hospitalizacja trwała 4 dni.



- hospitalizacja** – pobyt w *szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych *OWU* pobyt w *szpitalu* w celach opiekuńczych,

pielęgniacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, *rehabilitacji*, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego,

3. **niepsychykalność** – utrata przez *Ubezpieczonego* możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu o całkowitym lub częściowym ubezwłasnowolnieniu *Ubezpieczonego*,
4. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,

WAŻNE: Prosimy o zwrócenie uwagi, iż zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są nieszczęśliwym wypadkiem w rozumieniu umowy dodatkowej.



5. **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)** – wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, w rozumieniu powszechnie obowiązujących regulacji prawnych, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru, w tym również Oddział Intensywnej Terapii (OIT) oraz Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK),
6. **pacjent stały** – osoba, której *hospitalizacja* trwała nieprzerwanie co najmniej 2 dni kalendarzowe, licząc od dnia przyjęcia do dnia wypisania ze *szpitala*,
7. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
8. **rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych urazach lub chorobach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
9. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności,
10. **rocznica umowy dodatkowej** – dzień każdego kolejnego roku obowiązywania *umowy dodatkowej*, który odpowiada *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej*,
11. **rok obowiązywania umowy dodatkowej** – okres pomiędzy kolejnymi *rocznicami umowy dodatkowej*, wliczając rocznicę rozpoczynającą dany okres. Pierwszy *rok obowiązywania umowy dodatkowej* rozpoczyna się od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*,
12. **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, działające na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady leczenia uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria,

WYJAŚNIENIE: Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów nie wymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.



13. **Tabela Inwalidztwa** – Tabela norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku z podziałem na rodzaj inwalidztwa i wysokość świadczenia wyrażoną jako wartość procentowa *sumy ubezpieczenia*, dostępna w *biurze głównym Towarzystwa*, jego uprawnionych przedstawicielstwach, a także na stronie internetowej *Towarzystwa*. Tabela ta stanowi integralną część *umowy dodatkowej*,
14. **trwałe inwalidztwo wskutek NW** – w skład którego wchodzi:
 - a) **całkowite i trwałe inwalidztwo** – 100% inwalidztwo *Ubezpieczonego* spowodowane fizycznymi obrażeniami jego ciała powstałymi w wyniku tego samego *NW*, określone w *Tabeli Inwalidztwa*. Obrażenia, o których mowa powyżej, muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną całkowitego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*, muszą być stwierdzone w ciągu 180 dni od daty *NW* oraz trwać przez 12 kolejnych miesięcy i w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie roszą dalszej poprawy po zakończeniu okresu leczenia i rehabilitacji,
 - b) **częściowe i trwałe inwalidztwo** – nie mniejsze niż 30% uszkodzenie ciała *Ubezpieczonego* powstałe w wyniku tego samego *NW* polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny, zgodnie z warunkami *umowy dodatkowej*, określone w *Tabeli Inwalidztwa*. Obrażenia, o których mowa powyżej, muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*, muszą być stwierdzone w ciągu 180 dni od daty *NW* oraz w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie roszą dalszej poprawy po zakończeniu okresu leczenia i rehabilitacji,

WYJAŚNIENIE: W przypadku utraty np. prawej dłoni Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości 60% sumy ubezpieczenia. W sytuacji utraty części ciała ocena trwałości inwalidztwa i wypłata świadczenia dokonywana jest przed zakończeniem procesu leczenia i rehabilitacji.



15. **wojna** – zorganizowana walka zbrojna między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi, lub operacje wojenne, lub inwazja, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojna domowa, rebelia, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia, ogłoszenie lub wypowiedzenie stanu wojennego albo wojny,
16. **zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach i zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym lub uprawianiu dyscypliny sportowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem, w tym stypendium,
17. **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada.

ROZDZIAŁ II. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA I JEJ ZAKRES

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia *Ubezpieczonego*.

WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.



ARTYKUŁ 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Zakres ochrony *umowy dodatkowej* obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - *trwale inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek NW*,
 - *hospitalizację Ubezpieczonego wskutek NW* oraz
 - *hospitalizację Ubezpieczonego na OIOM wskutek NW*.
2. **Świadczenie na wypadek trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW**
 - a) W przypadku *całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu *trwałego inwalidztwa wskutek NW*.
 - b) W przypadku *częściowego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie określone w *Tabeli Inwalidztwa* jako procentowa wartość *sumy ubezpieczenia* z tytułu *trwałego inwalidztwa wskutek NW*, o ile stwierdzone inwalidztwo nie będzie mniejsze niż 30%.
 - c) Za całkowitą i nieodwracalną stratę funkcji narządu lub kończyny uważa się jej anatomiczną stratę powodującą trwałe inwalidztwo.
 - d) Jeżeli wskutek *nieszczęśliwego wypadku* nastąpi częściowa strata funkcji narządu lub kończyny, procentowe wartości *sumy ubezpieczenia* wskazane w *Tabeli Inwalidztwa* zostaną naliczone proporcjonalnie do stopnia ograniczenia czynności narządu lub kończyny.
 - e) Przy stracie lub uszkodzeniu kończyny górnej, jeśli *Ubezpieczony* udowodni swoją leworęczność, będą miały zastosowanie procentowe wartości *sumy ubezpieczenia* należne za utratę prawej górnej kończyny, podane w *Tabeli Inwalidztwa*.
 - f) Jeżeli w wyniku tego samego *nieszczęśliwego wypadku* doszło do zaistnienia obrażeń w obrębie kilku narządów lub kończyn, *Towarzystwo* wypłaci świadczenie stanowiące sumę części *sumy ubezpieczenia* na wypadek *trwałego inwalidztwa wskutek NW*, odpowiadających poszczególnym narządom lub kończynom, jednak nie więcej niż 100% orzeczonego trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*.
 - g) Ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, iż trwałe inwalidztwo ustalone w oparciu o tę Tabelę nie jest mniejsze niż 30%.
 - h) Świadczenie zostanie wypłacone po okresie leczenia, zalecanej rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia inwalidztwa oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u *Ubezpieczonego* przed datą zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie zostanie zmniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.

- i) Świadczenie z tytułu *trwałego inwalidztwa wskutek NW* zostanie pomniejszone o kwoty wypłacone wcześniej lub należne – zgodnie z warunkami *umowy dodatkowej* – z tytułu tego samego *nieszczęśliwego wypadku*.

PRZYKŁAD: Jeżeli w tym samym nieszczęśliwym wypadku doszło do różnych obrażeń ciała i nastąpiła strata stopy (orzeczone trwałe inwalidztwo w wysokości 45%) oraz uszczywnienie stawu biodrowego (orzeczone trwałe inwalidztwo w wysokości 40%), Towarzystwo wypłaci świadczenie za obydwa obrażenia – w sumie 85% sumy ubezpieczenia. Ochrona z tytułu trwałego inwalidztwa NW może trwać nadal, aż do wypłaty świadczenia za 100% trwałego inwalidztwa. Oznacza to, że jeśli w przyszłości nastąpi kolejny wypadek skutkujący orzeczeniem trwałego inwalidztwa powyżej 15% – Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 15% trwałego inwalidztwa.



- j) Towarzystwo wypłaci świadczenia z tytułu *trwałego inwalidztwa wskutek NW* maksymalnie za 100% trwałego inwalidztwa, włączając świadczenia już wypłacone.
- k) Wypłata świadczenia zostanie dokonana *Ubezpieczonemu* pod warunkiem, że:
- *nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego* nastąpił w czasie obowiązywania *Umowy* oraz
 - *nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego* nastąpił przed *rocznicą Umowy* następującą bezpośrednio po jego 75. urodzinach, oraz
 - wszystkie *składki* należne z tytułu *Umowy* zostały w całości opłacone, zgodnie z niniejszymi *OWU*, z zastrzeżeniem artykułu 9 punkt 8 a).
- l) Wysokość świadczenia jest obliczana w oparciu o *sumę ubezpieczenia* obowiązującą w dniu *nieszczęśliwego wypadku*.
- m) W żadnym przypadku suma wszystkich wypłaconych świadczeń z tytułu *trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW* nie może przekroczyć 100% *sumy ubezpieczenia* z tego tytułu, włączając świadczenia już wypłacone. W przypadku więcej niż jednego uszkodzenia ciała świadczenie wypłacone zgodnie z punktami a) lub b) nie może przekroczyć 100% *sumy ubezpieczenia* na wypadek *trwałego inwalidztwa wskutek NW* wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
3. **Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW**
- a) Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW*, jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* powstałego w trakcie trwania ochrony przewidzianej *umową dodatkową Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji* jako *pacjent stały* przez przynajmniej 3 kolejne dni.
- b) Dzielne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* jest płatne za każdy *dzień hospitalizacji Ubezpieczonego* w charakterze *pacjenta stalego*, od dnia przyjęcia do *szpitala*, pod warunkiem, że *hospitalizacja* trwała co najmniej 3 kolejne dni.
- c) Ochrona z tytułu *hospitalizacji* wskutek *NW* rozpoczyna się od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej.
- d) Wysokość dziennego świadczenia na wypadek *hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *NW* jest wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* jako *suma ubezpieczenia* z tytułu tego zdarzenia.
- e) Okres *hospitalizacji*, za który naliczane jest dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW*, nie może przekroczyć 180 dni dla każdego *roku obowiązywania umowy dodatkowej*.

WAŻNE: Prosimy zwrócić uwagę, że w każdym roku obowiązywania umowy dodatkowej dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji wypłacane jest za maksymalnie 180 dni pobytu w szpitalu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku. Jeżeli pobyt w szpitalu trwał krócej niż 3 kolejne dni, świadczenie szpitalne nie jest należne.



4. **Dodatkowe dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego na OIOM wskutek NW**
- a) Towarzystwo podwyższy dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *NW* o dodatkowe dzienne świadczenie za pobyt na *OIOM* wskutek *NW*, jeżeli *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji* jako *pacjent stały* przez przynajmniej 3 kolejne dni i w trakcie tego pobytu w *szpitalu* podlegał *hospitalizacji* jako *pacjent stały* na *OIOM*.
- b) Dodatkowe dzienne świadczenie za *hospitalizację Ubezpieczonego* na *OIOM* wskutek *NW* jest płatne za każdy *dzień hospitalizacji Ubezpieczonego* w charakterze *pacjenta stalego*, od dnia przyjęcia do *szpitala*, pod warunkiem, że *hospitalizacja* trwała co najmniej 3 kolejne dni. Maksymalny okres pobytu *Ubezpieczonego* na *OIOM*, za który naliczane jest to dzienne świadczenie, wynosi 30 dni w ciągu każdego *roku obowiązywania umowy dodatkowej*.
- c) Wysokość dodatkowego dziennego świadczenia za *hospitalizację Ubezpieczonego* na *OIOM* wskutek *NW* jest wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* jako *suma ubezpieczenia* z tytułu tego zdarzenia.
5. Wypłata świadczeń z tytułu powyższych zdarzeń ubezpieczeniowych 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* oraz opłacenia *składki*.

ROZDZIAŁ IV. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

ARTYKUŁ 6. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przedłożenie *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej:
 - w przypadku *trwałego inwalidztwa wskutek NW Ubezpieczony* składa:
 - wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentację z prokuratury i sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwę i adres placówki prowadzącej sprawę, o ile sprawa taka była prowadzona,
 - w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
 - w przypadku *hospitalizacji Ubezpieczonego*, w tym *hospitalizacji na OIOM* wskutek *NW Ubezpieczony* składa:
 - wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie,
 - kopię karty informacyjnej pobytu w *szpitalu* zawierającą niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia wraz z wynikami badań,
 - w przypadku pobytu na OIOM/OIT/OIOK – kopię karty informacyjnej pobytu na danym oddziale,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentację z prokuratury i sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwę i adres placówki prowadzącej sprawę, o ile sprawa taka była prowadzona,
 - w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.

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)
- korrespondencyjnie** – 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.



- 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.



- 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 zgłaszającą roszczenie oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.

WYJAŚNIENIE: 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 i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.
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 *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo* w celu ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, odpowiadającego warunkom *umowy dodatkowej*. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Towarzystwa* poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią *umowy dodatkowej*. Wszelkie świadczenia należne z tytułu *umowy dodatkowej* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

WYJAŚNIENIE: Towarzystwo kieruje *Ubezpieczonego* na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona przez Klienta dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z Towarzystwem placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*.



ROZDZIAŁ V. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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



ARTYKUŁ 8. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Wypłata świadczeń z tytułu *trwałego inwalidztwa wskutek NW* oraz *hospitalizacji wskutek NW*, w tym *hospitalizacji na OIOM wskutek NW* nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne *Ubezpieczonego* powstały w wyniku:
 - a) choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgosłupka, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skażenia lub zranienia),
 - b) wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez *Ubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
 - c) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,

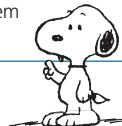
- e) *wojny*, strajków albo w wyniku obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania albo w wyniku aktów terroryzmu,
 - f) pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, 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,
 - g) *zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu*,
 - h) wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, speleologia, sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
 - i) uczestnictwa w *zawodach z użyciem pojazdów kołowych*, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
 - j) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.
2. Ponadto *umowa dodatkowa* nie obejmuje ochroną przypadków *hospitalizacji* wskutek *NW*, w tym *hospitalizacji* na *OIOM* wskutek *NW* powstałych w wyniku:
- a) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - b) wszelkich fizycznych obrażeń ciała powstałych przed *datą wejścia w życie umowy dodatkowej* lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych *umową dodatkową*,
 - d) *rehabilitacji*, jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia lub w ośrodku rehabilitacji,
 - e) wykonania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
 - f) kuracji wypoczynkowych lub leczenia skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 - g) jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie *hospitalizacji*.

ROZDZIAŁ VI. WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

ARTYKUŁ 9. WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. *Umowa dodatkowa* jest zawarta na okres, za który *Ubezpieczający* opłacił składkę oraz następujący po nim okres karencji określony w *umowie podstawowej*.
2. *Umowa dodatkowa* może być kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za tę *umowę dodatkową* i inne warunki tej *umowy dodatkowej* mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
3. Opłacenie przez *Ubezpieczającego* składki za *umowę dodatkową* do końca okresu karencji określonego w warunkach *umowy podstawowej*, w wysokości zaofertowanej przez *Towarzystwo*, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *umowa dodatkowa* jest kontynuowana.
4. W przypadku niez zaakceptowania przez *Ubezpieczającego* zmienionych warunków *umowy dodatkowej* *umowa* ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem okresu karencji określonego w *umowie podstawowej*.
5. W przypadku zmiany warunków, na jakich *umowa dodatkowa* może być kontynuowana, *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczającego* nie później niż 45 dni przed datą, do której *Ubezpieczający* jest zobowiązany opłacić kolejną składkę za *umowę podstawową*.
6. *Ubezpieczający* może odstąpić od *umowy dodatkowej* w terminie 30 dni od daty jej zawarcia. Odstąpienie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym Ubezpieczającego*. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia od *umowy dodatkowej* *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* zapłaconą składkę za tę *umowę dodatkową*. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo potrącenia części *składki* za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot *składki* nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez *Towarzystwo* pisemnego oświadczenia *Ubezpieczającego* o odstąpieniu od tej *umowy dodatkowej*.
7. *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 pomniejszonej o składkę za tę umowę dodatkową.



8. *Umowa dodatkowa* wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z poniższych przypadków:
- a) którakolwiek *składka* z tytułu *Umowy* nie została opłacona do końca okresu karencji przewidzianego w *Umowie*, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia *składki* lub
 - b) *umowa podstawowa* wygasła lub została rozwiązana, lub
 - c) powstał obowiązek wypłaty świadczenia opisanego w artykule 4 punkt 2, lub
 - d) *Ubezpieczony* został w trakcie obowiązywania *umowy dodatkowej* uznany za niepczytalnego – z dniem powstania stanu *niepoczytalności*, lub
 - e) *Ubezpieczony* wstąpił lub został powołany do lądowych, powietrznych lub morskich sił zbrojnych albo do oddziałów pomocniczych lub cywilnych działających w strukturach armii jakiegokolwiek kraju będącego w stanie *wojny* – z dniem wybuchu lub ogłoszenia stanu *wojny*, lub
 - f) w *rocznicę Umowy* następującą bezpośrednio po 75. urodzinach *Ubezpieczonego*, niezależnie od tego, czy *umowa podstawowa* pozostaje w mocy po tym terminie, lub
 - g) z chwilą wygaśnięcia obowiązku opłacania składek za *umowę podstawową*, ale nie później niż w chwili ukończenia przez *Ubezpieczonego* 75. roku życia.

WAŻNE: Prosimy o zwrócenie uwagi, iż w przypadku Umów Sukcesor/Sukcesor+ płatnych do 60. lub 65. roku życia umowa dodatkowa wygasa w rocznicę umowy podstawowej następującą bezpośrednio po 60. lub 65. urodzinach Ubezpieczonego.



W przypadkach określonych w punktach 8 b), d) i e) powyżej *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* część *składki* za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

ARTYKUŁ 10. UMOWA DODATKOWA JAKO CZĘŚĆ UMOWY

Warunki *umowy podstawowej*, oprócz postanowień dotyczących indeksacji *składki* i świadczeń, samobójstwa i możliwości postępowania w przypadku zaprzestania opłacania *składek* (wykup i ubezpieczenie bezskładkowe), odnoszą się również do *umowy dodatkowej*, z następującymi wyjątkami:

- a) niezależnie od postanowienia o niepodważalności *Umowy Towarzystwo* może uzależnić przyznanie świadczenia wynikającego z *umowy dodatkowej* od przedstawienia dowodu, że trwałe inwalidztwo lub *hospitalizacja* nastąpiły wskutek *nieszczęśliwego wypadku*,
- b) bez względu na postanowienia *umowy podstawowej* dotyczące wieku *Ubezpieczonego* zawarcie *umowy dodatkowej* po ukończeniu przez *Ubezpieczonego* 71. roku życia jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań *Towarzystwa*, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych składek za tę *umowę dodatkową*,
- c) ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy dodatkowej* może być wznowiona w oparciu o zasady określone w warunkach *umowy podstawowej* tylko wtedy, gdy ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy podstawowej* została wznowiona,
- d) *umowa dodatkowa* nie upoważnia do premii nadzwyczajnej/udziału w zysku.

ARTYKUŁ 11. REKLAMACJE

1. *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony*, *Uposażony* lub uprawniony z *Umowy* może złożyć *reklamację*:
 - a) pisemnie na adres *Towarzystwa*: MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - d) osobiście w *biurze głównym Towarzystwa* lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
2. Każda *reklamacja* złożona zgodnie z punktem 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie *reklamacji* i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania *reklamacji*. W takim przypadku *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego *reklamację* o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.

WYJAŚNIENIE: Skomplikowane przypadki to takie, w których zaistnieje konieczność ustalenia dodatkowych okoliczności i zebrania brakujących informacji niezbędnych dla rozpatrzenia reklamacji.



4. O ile składający *reklamację* nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na *reklamację* zostanie udzielona przez *Towarzystwo* w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia *reklamacji*.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
6. Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy* może zwrócić się w sprawie *reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.

ARTYKUŁ 12. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU, SPRAWOZDANIA

1. Prawem właściwym dla *umowy dodatkowej* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *umowy dodatkowej* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym*, uprawnionym z *umowy dodatkowej*, spadkobiercą *Ubezpieczonego* lub spadkobiercą uprawnionego z *umowy dodatkowej* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego*, uprawnionego z *umowy dodatkowej*, spadkobiercy *Ubezpieczonego* lub spadkobiercy uprawnionego z *umowy dodatkowej*.
3. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie internetowej *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.



WYJAŚNIENIE: Towarzystwo publikuje sprawozdania na stronie internetowej od 2017 roku.

5. W relacjach z *Towarzystwem* zastosowanie ma język polski.
6. W przypadkach i w zakresie określonym w art. 98 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 392 z późn. zm.) świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą być zaspokojone ze środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

Warszawa, dnia 15 lutego 2016 roku

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Łukasz Kalinowski'.

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Agata Lem-Kulig'.

Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

Pytania i odpowiedzi

Co to jest nieszczęśliwy wypadek?

Niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym.

Co to jest hospitalizacja?

Pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Jednakże hospitalizacją nie jest pobyt w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego.

Od kiedy działa ochrona?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty wejścia w życie umowy dodatkowej **Komfort dla Ciebie** wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem zawarcia tej umowy dodatkowej oraz opłacenia składki.

Czy mogę zrezygnować z ubezpieczenia?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy dodatkowej w terminie 30 dni od daty jej zawarcia. Następuje wtedy zwrot wpłaconej składki za umowę dodatkową. Ubezpieczający ma także możliwość rezygnacji z umowy dodatkowej w dowolnym momencie jej trwania. Obydwa przypadki powodują wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku rezygnacji z umowy dodatkowej ochrona wygasa z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka. Odstąpienie lub rezygnacja z umowy dodatkowej następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego Towarzystwu.

Jak zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia?

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

- **online** – przez portal e-rozszczenie (zgodnie z informacjami zawartymi na stronie internetowej Towarzystwa)
- **pocztą elektroniczną** – na adres: roszczenia@metlife.pl
- **telefonicznie** – tel. +48 22 523 50 70
- **korespondencyjnie** – na adres: Departament Roszczeń i Administracji Credit Life MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnŻiR S.A., przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Towarzystwa na terenie całego kraju.

Formularze do zgłoszenia roszczenia dostępne są na stronie internetowej Towarzystwa.

Jak szybko wypłacane jest świadczenie?

W najkrótszym możliwym terminie, nie później jednak niż w ciągu 30 dni od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Jeśli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa byłoby w tym terminie niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Jak możesz się z nami skontaktować?



Zadzwoń: **+48 22 523 50 70**



Wyślij e-mail: **lifeinfo@metlife.pl**



Jesteś już naszym Klientem?

Skorzystaj z portalu
internetowego e-klient

www.eklientmetlife.pl



Znajdź nas na Facebooku i YouTube!



MetLife Polska

Szczegółowe warunki udzielania ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia Komfort dla Ciebie (w tym wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa) znajdują się w załączonych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

MetLife TUŹiR S.A. jest spółką z grupy kapitałowej MetLife, Inc.

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości; działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUŹiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

www.metlife.pl