

MetLife Gwarantowana Ochrona Pro

MetLife®

Informacja dotycząca umowy podstawowej Ubezpieczenie na życie i dożycie z ochroną na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa w pakiecie ubezpieczeniowym

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 3; art. 12; art. 15; art. 24; art. 26
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2; art. 5; art. 18; art. 19; art. 20; art. 21
3. kosztów oraz innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych	art. 10
4. wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	art. 24 Informacja o wartości wykupu znajduje się w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

UMOWA PODSTAWOWA

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE I DOŻYCIE Z OCHRONĄ NA WYPADEK CAŁKOWITEGO I TRWAŁEGO INWALIDZTWA W PAKIECIE UBEZPIECZENIOWYM

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.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy.

WYJAŚNIENIA

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

PRZYKŁADY

Wyjaśniamy, jak w praktyce stosowane są postanowienia Umowy i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.

ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

ARTYKUŁ 1. WSTĘP

Niniejsze OWU mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenie na życie i dożycie z ochroną na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa w pakiecie ubezpieczeniowym zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Definicje określeń użytych w niniejszych OWU:

1. **biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26,
2. **całkowite i trwałe inwalidztwo** – oznacza *niezdolność do pracy* w przypadku *Ubezpieczonego*, 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. 1998 nr 162 poz. 1118), w pozostałych przypadkach *całkowite i trwałe inwalidztwo* oznacza *niezdolność do samodzielnej egzystencji*,
3. **data opłacenia składki** – dzień wpływu całej *składki* na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo,
4. **data wejścia w życie** – data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu *umowy podstawowej* lub *umowy dodatkowej* wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* jako *data wejścia w życie*,
5. **data wygaśnięcia** – data wygaśnięcia *umowy podstawowej* lub *umowy dodatkowej* oznaczona w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*,
6. **data zawarcia Umowy** – data doręczenia *Ubezpieczającemu Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*, z zastrzeżeniem postanowień określonych w artykule 6,
7. **indeksacja** – podwyższenie *składki i sumy ubezpieczenia* dokonywane przez Towarzystwo w *rocznicę Umowy*, na zasadach określonych w artykule 12,
8. **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.

9. **niezdolność do pracy** – niezdolność *Ubezpieczonego* do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie z powodu uszkodzenia ciała lub choroby, trwająca nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy, licząc od dnia jej powstania i po zakończeniu tego okresu pozostająca całkowitą i trwałą. Niezależnie od powyższych postanowień dla celów Umowy 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, będące skutkiem NW lub choroby,
10. **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan potwierdzony przez lekarza, trwający nieprzerwanie przez co najmniej 180 dni, polegający na niezdolności do samodzielnego (bez pomocy drugiej osoby) wykonywania co najmniej czterech z poniższych 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 niniejszej Umowy 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, będące skutkiem NW lub choroby,
11. **ochrona tymczasowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana zgodnie z postanowieniami artykułu 5 osobie wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jako *Ubezpieczony*,
12. **okres prolongaty** – okres 60 dni rozpoczynający się dnia następującego po *terminie wymagalności składki*, jeśli nie została ona zapłacona w terminie i należnej wysokości; w okresie prolongaty *Ubezpieczony* jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy. Okres prolongaty nie ma zastosowania do pierwszej *składki*,
13. **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia,
14. **podpisy wzorcowe** – podpisy *Ubezpieczającego* i *Ubezpieczonego* stanowiące wzory, z jakimi będą porównywane ich podpisy z późniejszymi wnioskami i oświadczeniami,
15. **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,
16. **rocznica Umowy** – dzień każdego kolejnego roku obowiązywania Umowy, który datą odpowiada *dacie wejścia w życie umowy podstawowej*,
17. **składka** – kwota, jaką *Ubezpieczający* jest zobowiązany regularnie opłacać z tytułu niniejszej Umowy, zgodnie z trybem jej opłacania. Jest ona wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* lub w stosownym załączniku. Obejmuje składkę za *umowę podstawową* oraz składki z tytułu *umów dodatkowych*, jeśli są zawarte,
18. **suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, która określa maksymalne zobowiązanie Towarzystwa w przypadku zajścia *zdarzenia ubezpieczeniowego* zdefiniowanego odpowiednio w *umowie podstawowej* lub w *umowie dodatkowej*,
19. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego*,

WAŻNE: W komentarzach mówiąc o *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* używamy pojęcia polisa.

20. **techniczna stopa procentowa** – roczna stopa zwrotu z inwestycji założona odpowiednio do kalkulacji składki lub świadczenia z tytułu *umowy podstawowej*,
21. **termin wymagalności składki** – dzień każdego kolejnego okresu obowiązywania Umowy, zgodnego z trybem opłacania *składek*, który dniem odpowiada *dacie wejścia w życie Umowy*,

WAŻNE: Jeżeli np. data wejścia w życie Umowy przypada 16 czerwca, wówczas w każdym kolejnym roku termin wymagalności składki przypada odpowiednio: dla składki opłacanej: rocznie – 16 czerwca; miesięcznie – 16 dnia każdego miesiąca.

22. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie,
23. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawarła z Towarzystwem Umowę,

WAŻNE: Ze względu na specyfikę ochrony ubezpieczeniowej, oferowanej w tej Umowie, Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym. Jest zatem zarówno osobą, której życie i zdrowie jest chronione, jak i osobą, która zawarła Umowę z Towarzystwem i jest zobowiązana do opłacania składek.

24. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy i na potrzeby Umowy jest także Ubezpieczającym,
25. **Umowa** – umowa ubezpieczenia, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*, *umowy dodatkowe*, oświadczenia zamieszczone we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz zaświadczenia lekarskie i wszelkie zgodne oświadczenia woli *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* oraz Towarzystwa załączone do umowy ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część,
26. **umowa dodatkowa** – część Umowy zapewniająca dodatkową ochronę ubezpieczeniową. W ramach Umowy obligatoryjną jej częścią jest *umowa dodatkowa „Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu w pakiecie ubezpieczeniowym”*,
27. **umowa podstawowa** – Ubezpieczenie na życie i dożycie z ochroną na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa w pakiecie ubezpieczeniowym,
28. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie jako uprawniona do świadczeń przewidzianych Umową na wypadek śmierci *Ubezpieczonego*,
29. **wartość wykupu** – kwota wypłacana na wniosek *Ubezpieczającego* w przypadku rozwiązania Umowy, wyliczana zgodnie z zasadami opisanymi w artykule 24 niniejszych OWU,
30. **wskaźnik indeksacji** – wskaźnik stosowany do podwyższenia składki z tytułu *indeksacji z Umowy*, określony w artykule 12,

31. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej *umowy podstawowej*:
- dożycie przez *Ubezpieczonego* *daty wygaśnięcia umowy podstawowej* lub
 - śmierć *Ubezpieczonego* w okresie obowiązywania *umowy podstawowej*, lub
 - całkowite i trwale inwalidztwo Ubezpieczonego* powstałe w okresie obowiązywania *umowy podstawowej*.

ROZDZIAŁ II. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA I JEJ ZAKRES

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia *Ubezpieczonego* oraz gromadzenie oszczędności.

WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę, na całym świecie. Jeżeli *Ubezpieczony* dożyje do daty wskazanej w polisie jako data wygaśnięcia umowy podstawowej, Towarzystwo wypłaci sumę ubezpieczenia na dożycie.

2. Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, jedno ze świadczeń wymienionych poniżej, którego obowiązek wypłaty powstał jako pierwszy:
- Ubezpieczonemu sumę ubezpieczenia* na dożycie, jeżeli *Ubezpieczony* pozostaje przy życiu w *datce wygaśnięcia umowy podstawowej*,
 - Uposażonemu sumę ubezpieczenia* na wypadek śmierci, jeżeli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpi przed *datą wygaśnięcia umowy podstawowej*,
 - Ubezpieczonemu sumę ubezpieczenia* na wypadek *całkowitego i trwałego inwalidztwa*, jeżeli w okresie obowiązywania *Umowy Ubezpieczonego* dozna *całkowitego i trwałego inwalidztwa*.
3. Świadczenia określone w punktach b) i c) powyżej zostaną ustalone na podstawie *sumy ubezpieczenia* obowiązującej odpowiednio w dniu śmierci *Ubezpieczonego* lub w dniu powstania u *Ubezpieczonego* *całkowitego i trwałego inwalidztwa*.
4. Określone w niniejszym artykule świadczenia będą powiększone o udział w zysku.

WAŻNE: Co roku Towarzystwo informuje o aktualnych wysokościach sum ubezpieczenia i naliczonego udziału w zysku, a gdy Umowa posiada wartość wykupu, to dodatkowo o jej wysokości.

5. Jeżeli świadczenie z tytułu *Umowy* będzie wypłacane osobie będącej *Ubezpieczającym*, Towarzystwo pomniejszy wypłacaną kwotę o wymagalne wierzytelności wynikające z *OWU*.

ARTYKUŁ 4. SUMA UBEZPIECZENIA

- Wysokość *sumy ubezpieczenia* jest wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
- Ubezpieczający* w *rocznicę Umowy*, począwszy od trzeciej *rocznicy Umowy*, może wnioskować o zmianę wysokości *sumy ubezpieczenia*.
- Zmiana *sumy ubezpieczenia* wymaga zgody Towarzystwa. Towarzystwo przedstawi pisemnie warunki zmiany *sumy ubezpieczenia*.
- Zmiana *sumy ubezpieczenia* wiąże się ze zmianą wysokości *składki* za *Umowę*.
- Postanowienia niniejszego artykułu nie mają zastosowania do podwyższenia *sumy ubezpieczenia* w wyniku *indeksacji*, opisanego w artykule 12 niniejszych *OWU*.

WAŻNE: Obniżenie sumy ubezpieczenia wiąże się z utratą części wpłaconych środków.

ARTYKUŁ 5. OCHRONA TYMCZASOWA

1. Definicje:

- pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
 - 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.
2. Towarzystwo udziela *Ubezpieczonemu* *ochrony tymczasowej* na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* w wyniku *NW*.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty *Uposażonym* świadczenia w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia *sumy ubezpieczenia* z tytułu *umowy podstawowej*, jednak nie więcej niż 100 000,00 zł.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu *ochrony tymczasowej* rozpoczyna się od dnia następnego po łącznym spełnieniu następujących warunków:
- podpisaniu przez *Ubezpieczającego* wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, pod warunkiem jego wpływu do Towarzystwa oraz
 - wpływie na rachunek Towarzystwa kwoty na poczet pierwszej *składki* z tytułu *Umowy*, z zastrzeżeniem, że wpłacona kwota nie może być niższa niż *składka* z tytułu *Umowy* zadeklarowana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zgodnie z wybranym trybem płatności i została opłacona w sposób zgodny z wymogami Towarzystwa.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu *ochrony tymczasowej* kończy się we wcześniejszej z dat:
- w dniu poprzedzającym *datę zawarcia Umowy* lub
 - w dniu złożenia przez *Ubezpieczającego* sprzeciwu na piśmie, w przypadku kiedy treść *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* zawiera postanowienia odbiegające od treści wniosku *Ubezpieczającego* o zawarcie umowy ubezpieczenia lub treści *OWU*, lub
 - w dniu niewyrażenia przez Towarzystwo zgody na zawarcie *Umowy*, lub
 - w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia *Ubezpieczającego* o rezygnacji z zawarcia *Umowy*, lub
 - w dniu śmierci *Ubezpieczonego* w okresie obowiązywania *ochrony tymczasowej*, lub
 - po upływie 90 dni od daty podpisania przez *Ubezpieczającego* wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- W przypadkach opisanych w punktach b)-f) Towarzystwo zwróci *Ubezpieczającemu* wpłaconą do Towarzystwa kwotę na poczet pierwszej *składki*.
6. Wypłata świadczenia z tytułu *ochrony tymczasowej* nie zostanie dokonana, jeżeli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpiła w wyniku:
- choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgoszky, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
 - 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,
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego* niezależnie od stanu poczytalności,
 - 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,
 - wykonywania jednej z wymienionych czynności: sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda 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 III. UMOWA UBEZPIECZENIA

ARTYKUŁ 6. ZAWARCIE UMOWY I POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty *Ubezpieczony*, który w *dadce wejścia w życie umowy podstawowej* ukończył 18. rok życia i nie ukończył 61. roku życia.
- Warunkiem zawarcia *Umowy* jest otrzymanie i zaakceptowanie przez *Towarzystwo*:
 - podpisanego przez *Ubezpieczającego* wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - kwoty na poczet pierwszej *składki* opłaconej przez *Ubezpieczającego*,
 - wymaganych przez *Towarzystwo* dokumentów niezbędnych do podjęcia decyzji o objęciu *Ubezpieczonego* ochroną ubezpieczeniową.
- Odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się od *daty wejścia w życie Umowy*, pod warunkiem zawarcia *Umowy*.

WAŻNE: Data wejścia w życie *Umowy* jest datą wskazaną w polisie, od której *Ubezpieczony* jest chroniony. Natomiast data zawarcia *Umowy* jest datą odebrania polisy przez *Ubezpieczającego*, dlatego ważne, by jak najszybciej odebrać polisę.

- Umowa* zostaje zawarta z datą doręczenia *Ubezpieczającemu* przez *Towarzystwo* *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*, z zastrzeżeniem punktu 5, 6 i 7.
- Jeżeli treść *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* zawiera postanowienia odbiegające od treści:
 - wniosku *Ubezpieczającego* o zawarcie umowy ubezpieczenia lub
 - OWU*,*Towarzystwo* przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.

WAŻNE: Wniosek o zawarcie ubezpieczenia podlega ocenie ryzyka przez *Towarzystwo*. W niektórych przypadkach, ze względu na np. stan zdrowia *Ubezpieczonego*, *Towarzystwo* może zaproponować zmianę warunków *Umowy*, np. obniżenie sumy ubezpieczenia lub podwyższenie składki.

- W przypadku określonym w punkcie 5 a), jeżeli *Ubezpieczający* w terminie 7 dni od doręczenia *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, *Umowa* zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
- Zawarcie *Umowy* z *Ubezpieczającym*, który oświadczył, iż jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (dalej PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd, Członka Zarządu *Towarzystwa* lub osobę upoważnioną przez Zarząd.

ARTYKUŁ 7. ZMIANA UMOWY NA WNIOSEK UBEZPIECZAJĄCEGO

- Umowa* może być zmieniona na wniosek *Ubezpieczającego* pod warunkiem:
 - doręczenia *Towarzystwu* pisemnego wniosku *Ubezpieczającego* o zmianę najpóźniej 60 dni przed *rocznicą Umowy*, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym* lub w innej formie zaakceptowanej przez strony oraz
 - wyrażenia zgody przez *Towarzystwo* na wnioskowaną zmianę, oraz
 - opłacenia przez *Ubezpieczającego* związanej z tym należnej *składki* w *terminie* jej *wymagalności*.
- Wszelkie zmiany *Umowy* wymagają potwierdzenia w formie pisemnej. Każdy dokument stwierdzający powyższą zmianę stanowi załącznik do *Umowy*.

ARTYKUŁ 8. PRAWA UBEZPIECZAJĄCEGO WYNIKAJĄCE Z UMOWY

Z zastrzeżeniem praw *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* określonych *Umową* oraz bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa wszelkie prawa z tytułu *Umowy* przysługują *Ubezpieczającemu*.

ARTYKUŁ 9. CESJA PRAW Z UMOWY

Przeniesienie praw z *Umowy* (cesja) wymaga pisemnej zgody *Towarzystwa*. *Towarzystwo* nie ponosi odpowiedzialności za skuteczność cesji w stosunkach pomiędzy cedentem i cesjonariuszem.

ARTYKUŁ 10. DUPLIKAT SZCZEGÓŁOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

- W przypadku zagubienia bądź zniszczenia *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* *Towarzystwo* za opłatą w wysokości 40 zł i na wniosek *Ubezpieczającego* wydaje duplikat dokumentu ubezpieczenia.
- Z dniem wydania duplikatu oryginał *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* traci swoją ważność.

ROZDZIAŁ IV. SKŁADKA

ARTYKUŁ 11. OPŁACANIE SKŁADEK

- Składkę* ustala *Towarzystwo* z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności *Towarzystwa* i okresów odroczenia odpowiedzialności, okresu ubezpieczenia, *technicznej stopy procentowej*, wyniku indywidualnej oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego osoby, która ma być objęta ochroną ubezpieczeniową, w tym wieku oraz wykonywanej pracy, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy*.
- Składka* może być opłacana w trybie rocznym lub miesięcznym po wcześniejszym uzgodnieniu przez strony *Umowy*. Na wniosek *Ubezpieczającego* oraz za zgodą *Towarzystwa* w trakcie obowiązywania *Umowy* może nastąpić zmiana trybu opłacania *składek*.
- Minimalna łączna składka za *umowę podstawową* oraz z tytułu obowiązkowej *umowy dodatkowej* „Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu w pakiecie ubezpieczeniowym” wynosi 200 zł przy miesięcznym trybie opłacania lub 2 280 zł w przypadku rocznego trybu opłacania. Limity te zachowują ważność przez cały okres *Umowy* z wyłączeniem sytuacji, gdy wysokość łącznej składki za *umowę podstawową* oraz z tytułu obowiązkowej *umowy dodatkowej* „Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu w pakiecie ubezpieczeniowym” zmienia się w przypadku:
 - wygaśnięcia *umowy dodatkowej* „Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu w pakiecie ubezpieczeniowym” na skutek powstania obowiązku wypłaty przez *Towarzystwo* świadczenia w łącznej wysokości 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu tej *umowy dodatkowej* lub
 - wygaśnięcia *umowy dodatkowej* z powodu wieku *Ubezpieczonego* wskazanego w *OWU umowy dodatkowej*, lub
 - niezaakceptowania zmienionych warunków *umowy dodatkowej* „Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu w pakiecie ubezpieczeniowym” po upływie 5-letniego okresu.
- Maksymalna łączna składka za *umowę podstawową* oraz z tytułu obowiązkowej *umowy dodatkowej* „Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu w pakiecie ubezpieczeniowym” wynosi 2 000 zł przy miesięcznym trybie opłacania lub 22 800 zł w przypadku rocznego trybu opłacania. Limity te zachowują ważność przez cały okres *Umowy* z wyłączeniem sytuacji, gdy wysokość łącznej składki za *umowę podstawową* oraz z tytułu obowiązkowej *umowy dodatkowej* „Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu w pakiecie ubezpieczeniowym” zmienia się w przypadku opisanej w artykule 12 automatycznej *indeksacji składki*.
- Ubezpieczający* zobowiązany jest do zapłaty *Towarzystwu* *składki* z góry w wysokości i trybie określonych w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
- Począwszy od drugiej należnej *składki*, *Ubezpieczającemu*, który nie opłaci *składki* w *terminie wymagalności*, przysługuje dodatkowa 60-dniowa prolongata terminu płatności (*okres prolongaty*), liczona od *terminu wymagalności składki*.
- W przypadku niezapłacenia przez *Ubezpieczającego* *składki* w *terminie wymagalności* *Towarzystwo* wezwie *Ubezpieczającego* do opłacenia *składki* i poinformuje o skutkach jej nieopłacenia.
- Skutkiem nieopłacenia *Umowy* jest:
 - automatyczna zamiana na umowę bezskładkową, jeżeli *Umowa* posiada *wartość wykupu* oraz *suma ubezpieczenia* po zamianie będzie większa lub równa minimalnej *sumie ubezpieczenia* bezskładkowego, ustalonej przez *Towarzystwo*. Automatyczna zamiana *Umowy* na umowę bezskładkową zostanie przeprowadzona na zasa-

- dach opisanych w artykule 14 z upływem *okresu prolongaty*, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania, o którym mowa w punkcie 7,
- b) automatyczny wykup *Umowy*, jeżeli *Umowa* posiada *wartość wykupu*, ale *suma ubezpieczenia* bezskładkowego byłaby niższa niż minimalna *suma ubezpieczenia* bezskładkowego, ustalona przez *Towarzystwo*. *Umowa* wygaśnie i automatyczny wykup *Umowy* zostanie dokonany z upływem *okresu prolongaty*, wówczas *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczającemu* *wartość wykupu Umowy* zgodnie z artykułem 24, naliczoną na dzień wygaśnięcia *Umowy*,
- c) wygaśnięcie *Umowy* z upływem *okresu prolongaty*, jeśli *Umowa* nie spełnia żadnego z warunków opisanych w punktach a) i b) powyżej.
9. *Towarzystwo* nie ma obowiązku wysyłania *Ubezpieczającemu* druków/formularzy do opłacania *składek*. *Składka* powinna być opłacona przez *Ubezpieczającego* niezależnie od otrzymania druków/formularzy.

ARTYKUŁ 12. INDEKSACJA

WYJAŚNIENIE: Umowa jest indeksowana od pierwszej rocznicy Umowy. Wpłacenie zindeksowanej składki powoduje podwyższenie sum ubezpieczenia.

1. W *rocznicę Umowy* *Towarzystwo* dokonuje automatycznej *indeksacji*, o ile *Ubezpieczający* wyrazi na to zgodę przed zawarciem *Umowy* we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. *Indeksacja* dokonywana jest w oparciu o *wskaźnik indeksacji*, który będzie zatwierdzany każdego roku przez *Towarzystwo* do dnia 30 września. *Wskaźnik indeksacji* będzie stosowany do *Umów*, których rocznica przypada w okresie pomiędzy dniem 1 grudnia danego roku a dniem 30 listopada następnego roku. Jeżeli *wskaźnik inflacji* jest mniejszy od 3%, wówczas *wskaźnik indeksacji* wynosi 3%. W przeciwnym wypadku *wskaźnik indeksacji* jest równy *wskaźnikowi inflacji* zaokrąglonemu do pełnego procenta w górę. *Wskaźnik inflacji* oznacza *wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych* w okresie poprzedzających dwunastu miesięcy, tj. od 1 września poprzedniego roku do 31 sierpnia danego roku, ogłaszany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. W razie zaniechania ogłaszania powyższego *wskaźnika inflacji* stosować się będzie inny procentowy *wskaźnik* określający wzrost cen towarów i usług konsumpcyjnych w tym samym okresie, ogłaszany przez właściwy organ lub instytucję państwową.
3. Ostatnia automatyczna *indeksacja* zostanie dokonana w *rocznicę Umowy* przypadającą na datę nie późniejszą niż 4 lata przed *datą wygaśnięcia Umowy* wskazaną w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
4. Jeżeli *Ubezpieczający* nie wyraził zgody na automatyczną *indeksację składki* przed zawarciem *Umowy*, może on złożyć do *Towarzystwa* wniosek o wprowadzenie *indeksacji* w trakcie trwania *Umowy*, każdorazowo nie później niż na 30 dni przed dniem *rocznicy Umowy*, od której zmiana ta miałaby obowiązywać. Po zaakceptowaniu określonego wyżej wniosku *Towarzystwo* dokonuje automatycznej *indeksacji* w każdą *rocznicę Umowy*.
5. Na 30 dni przed każdą *rocznicą Umowy* do *Ubezpieczającego* zostanie wysłany list informujący o nowych wartościach *sumy ubezpieczenia*, *składki* i *wskaźnika indeksacji*.
6. *Ubezpieczający* może zrezygnować z *indeksacji*, składając do *Towarzystwa* stosowny wniosek o anulowanie *indeksacji*, każdorazowo nie później niż 14 dni przed *rocznicą Umowy*, od której zmiana ta miałaby obowiązywać.
7. *Indeksacja* nie będzie dokonywana w przypadku zmiany ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe oraz w trakcie zawieszenia opłacania *składek* lub w przypadku, gdy *Towarzystwo* przejęło obowiązek opłacania *składek*.
8. W odniesieniu do *umowy podstawowej* *indeksacja* powoduje podwyższenie *składki* z tytułu tej umowy o *wskaźnik indeksacji*, natomiast nowa podwyższona *suma ubezpieczenia umowy podstawowej* jest kalkulowana w oparciu o wzrost *składki* z tytułu tej umowy, poziom ryzyka ubezpieczeniowego, aktualny wiek *Ubezpieczonego* oraz okres, jaki pozostał do *daty wygaśnięcia umowy podstawowej*.

ARTYKUŁ 13. ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK

WYJAŚNIENIE: W przypadku Umów opłacanych przez minimum 3 lata *Ubezpieczający* może wnioskować o zawieszenie opłacania *składek* na okres do 6 miesięcy. W tym czasie, mimo że *składka* nie jest opłacana, *ochrona ubezpieczeniowa* z tytułu *Umowy* jest udzielana. Po zakończeniu okresu zawieszenia opłacania *składek* *Ubezpieczający* może uzupełnić wszystkie brakujące *składki* i *Umowa* trwa nadal. Może on również złożyć wniosek o wykup *Umowy* lub zamienić ją na umowę bezskładkową. Jeśli *Ubezpieczający* nie opłaci *składki* i nie złoży wniosku o wykup lub zamianę na umowę bezskładkową, zostanie uruchomiona jedna z procedur opisanych w artykule 11 punkt 8, w zależności od wysokości wartości wykupu.

1. Począwszy od trzeciej *rocznicy Umowy*, *Ubezpieczający* może wnioskować o zawieszenie opłacania *składek*, pod warunkiem opłacenia wszystkich należnych *składek* do dnia złożenia wniosku o zawieszenie. *Towarzystwo* udziela lub odmawia zgody na zawieszenie opłacania *składek* w formie pisemnej.
2. Zawieszenie opłacania *składek* może nastąpić na czas ustalony przez stronę, jednak nie dłuższy niż 180 dni liczonych od daty wymagalności ostatniej nieopłaconej *składki*.
3. Zawieszenie opłacania *składek* rozpoczyna się od najbliższego *terminu wymagalności składki* następującego po udzieleniu przez *Towarzystwo* zgody na zawieszenie opłacania *składek*. *Towarzystwo* poinformuje *Ubezpieczającego* o udzieleniu zgody na zawieszenie opłacania *składek* oraz terminie, od którego zostanie zawieszona opłacanie *składek*.
4. W okresie zawieszenia opłacania *składek* *Towarzystwo* udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu *Umowy*. W tym czasie *Ubezpieczającemu* nie przysługuje prawo do *indeksacji*.
5. *Ubezpieczający* może wznowić opłacanie zawieszonych *składek* przed upływem okresu zawieszenia po poinformowaniu o tym fakcie *Towarzystwa*.
6. *Towarzystwo* poinformuje *Ubezpieczającego* o dacie upływu okresu zawieszenia opłacania *składek* najpóźniej na 30 dni przed jego zakończeniem, podając *termin wymagalności składki* oraz wzywając do zapłaty tych *składek*. *Towarzystwo* poinformuje również o skutkach ich nieopłacenia.
7. Po zakończeniu okresu zawieszenia opłacania *składek* *Ubezpieczający* zobowiązany jest do opłacenia wszystkich zaległych *składek*.
8. W przypadku nieopłacenia zaległych *składek* po upływie okresu zawieszenia lub w przypadku wypowiedzenia *Umowy* w okresie zawieszenia, mimo otrzymania wezwania do zapłaty w terminie zgodnie z punktem 6 powyżej, będą miały zastosowanie postanowienia artykułu 11 punkt 8, z zastrzeżeniem, że *Towarzystwo* pomniejszy *wartość wykupu* o zaległe *składki*, należne za okres zawieszenia.
9. *Ubezpieczający* może po raz kolejny wnioskować o zawieszenie opłacania *składek* po upływie minimum 5 lat od daty rozpoczęcia ostatniego zawieszenia *składek*.

ARTYKUŁ 14. UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

WYJAŚNIENIE: Po przekształceniu Umowy w ubezpieczenie bezskładkowe *Ubezpieczający* zaprzestaje opłacania *składek*, a *Towarzystwo* udziela ochrony ubezpieczeniowej z obniżoną sumą ubezpieczenia. Obniżona suma ubezpieczenia nie może być mniejsza niż minimalna suma ubezpieczenia bezskładkowego ustalona przez *Towarzystwo*. Przekształcenie Umowy w ubezpieczenie bezskładkowe jest nieodwracalne i powoduje wygaśnięcie umów dodatkowych oraz prawa do udziału w zysku.

1. Zmiana na ubezpieczenie bezskładkowe zostanie dokonana pod warunkiem opłacenia wszystkich *składek* należnych do trzeciej *rocznicy Umowy* i doręczenia do *Towarzystwa* pisemnego wniosku, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym*.
2. *Umowa* bezskładkowa pozostaje w mocy bez konieczności opłacania dalszych *składek*.
3. *Sumy ubezpieczenia* na dożycie, na wypadek śmierci oraz na wypadek *całkowitego i trwałego inwalidztwa* po zmianie na umowę bezskładkową ulegają obniżeniu. Ich nowe wysokości zależą od liczby pełnych lat obowiązywania *Umowy*, które upłynęły od *daty wejścia w życie Umowy* do daty jej zamiany na bezskładkową oraz od *wartości wykupu* powiększonej o przyznany udział w zysku. *Sumy ubezpieczenia* bezskładkowego są podane w *Umowie*. W przypadku istnienia jakichkolwiek należności od *Ubezpieczającego* w momencie dokonania zamiany podana *suma ubezpieczenia* zostanie pomniejszona o procent odpowiadający stosunkowi tych należności do *wartości wykupu*.
4. Zamiana *Umowy* na bezskładkową jest nieodwracalna i powoduje wygaśnięcie wszystkich *umów dodatkowych* z wyjątkiem tych, których warunki stanowią inaczej.
5. *Towarzystwo* wyrazi zgodę na zamianę *Umowy* na bezskładkową wtedy, gdy *suma ubezpieczenia* po zamianie będzie większa lub równa minimalnej *sumie ubezpieczenia* bezskładkowego, ustalonej przez *Towarzystwo*. Informacja o minimalnej *sumie ubezpieczenia* bezskładkowego jest dostępna w *biurze głównym Towarzystwa* i w jego uprawnionych przedstawicielstwach.
6. Po zamianie *Umowy* na bezskładkową *Ubezpieczający* traci prawo do udziału w zysku.
7. Artykuł 12 „Indeksacja” nie ma zastosowania do *Umowy* bezskładkowej.

ROZDZIAŁ V. WYPŁATA ŚWIADCZENIA I UPOSAŻONY

ARTYKUŁ 15. 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 dożycia przez *Ubezpieczonego* daty *wygaśnięcia umowy podstawowej Ubezpieczonego* składa:
 - wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia na dożycie potwierdzony przez uprawnionego przedstawiciela *Towarzystwa*,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* poświadczoną za zgodność z oryginałem przez notariusza lub osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub organ wydający dokument;
 - b) w przypadku śmierci *Ubezpieczonego* osoba uprawniona do świadczenia składa:
 - wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia indywidualnego – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - opis skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego* w oryginale lub kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem przez notariusza lub osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub organ wydający dokument,
 - kopię dokumentu tożsamości każdego z *Uposażonych/spadkobierców* poświadczoną za zgodność z oryginałem przez notariusza lub osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub organ wydający dokument,
 - kopię karty statystycznej do karty zgonu lub kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu.Jeśli śmierć *Ubezpieczonego* została spowodowana *nieszczęśliwym wypadkiem*, dodatkowo należy przedłożyć *Towarzystwu* dokumenty określone poniżej:
 - kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub 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;
 - c) w przypadku *całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego* składa:
 - wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia indywidualnego – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopię kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
 - kopię zwolnień lekarskich oraz orzeczeń o zakresie i okresie *niezdolności do pracy* lub niepełnosprawności,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.Jeśli *całkowite i trwałe inwalidztwo* zostało spowodowane *nieszczęśliwym wypadkiem*, dodatkowo należy przedłożyć *Towarzystwu* dokumenty określone poniżej:
 - kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub 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.

Zgłoszenie roszczenia z tytułu *całkowitego i trwałego inwalidztwa* powinno zostać doręczone *Towarzystwu* za życia *Ubezpieczonego* oraz w czasie trwania *całkowitego i trwałego inwalidztwa*.

Jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Towarzystwo* poinformuje o tym niezwłocznie.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii dokumentów. Uprawnienia do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają: notariusz, osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub organ wydający dokument.

WYJAŚNIENIE: Więcej informacji o wymaganych dokumentach, formach poświadczania oraz obsłudze roszczeń znajduje się na stronie internetowej *Towarzystwa*.

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

- **on-line przez portal e-roszczenie:** dostępny na stronie www.eroszczeniemetlife.pl,
- **elektronicznie na adres e-mail:** roszczenia@metlife.pl,
- **telefonicznie pod numerem:** +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- **pisemnie na adres siedziby Towarzystwa:** MetLife TUnZiR S.A., Dział Roszczeń, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- **osobiście:** w siedzibie *Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie.

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 niniejszej *Umowy* oraz odpowiedzialności *Towarzystwa*.

WAŻNE: Prosimy o możliwie szybkie powiadomienie *Towarzystwa* o zaistniałym zdarzeniu.

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 16. BADANIE LEKARSKIE

Towarzystwo ma prawo do przeprowadzenia badań *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo* w celu potwierdzenia *całkowitego i trwałego inwalidztwa*. Jeżeli *Ubezpieczony* odmówi poddania się tym badaniom, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *umowy podstawowej*. Świadczenie z tytułu *całkowitego i trwałego inwalidztwa* zostanie przyznane na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

WYJAŚNIENIE: *Towarzystwo* kieruje *Ubezpieczonego* 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 *Ubezpieczonego*.

ARTYKUŁ 17. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

WAŻNE: Uposażonego wskazuje Ubezpieczony. Może to być dowolna osoba. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest zwolnione z podatku od spadków i darowizn.

1. *Ubezpieczony* ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany *Uposażonego* przez doręczenie do *Towarzystwa* pisemnego oświadczenia, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym*.
2. Zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *Towarzystwo* skutecznego oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
3. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne.
4. Jeżeli w chwili śmierci *Ubezpieczonego* nie ma osoby *Uposażonego*, świadczenie na wypadek śmierci należne z tytułu *Umowy* przypada osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych *Ubezpieczonego*.

ROZDZIAŁ VI. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

ARTYKUŁ 18. SAMOBÓJSTWO

1. W przypadku samobójstwa *Ubezpieczonego* (niezależnie od stanu jego poczytalności) w okresie pierwszych dwóch lat od *daty zawarcia Umowy* Towarzystwo wypłaci spadkobiercom *Ubezpieczonego* sumę zapłaconych składek za *umowę podstawową*.
2. W przypadku samobójstwa *Ubezpieczonego* po upływie dwóch lat od *daty zawarcia Umowy* Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* na wypadek śmierci wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
3. W przypadku, gdy w ciągu ostatnich dwóch lat przed datą samobójstwa podwyższono *sumę ubezpieczenia*, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* na wypadek śmierci obowiązującej 2 lata wstecz (licząc od dnia popełnienia samobójstwa), powiększone o *składki* zapłacone w związku z podwyższeniem *sumy ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 19. ZATAJENIE INFORMACJI

1. Jeżeli *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony* podali dane niezgodne z prawdą lub zataili prawdę o okolicznościach, o które pytało *Towarzystwo* przy zawieraniu *Umowy* i okoliczności te pozostają w związku przyczynowym ze zgłoszonym *zdarzeniem ubezpieczeniowym*, *Towarzystwo* będzie wolne od odpowiedzialności, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa.
2. Po upływie trzech lat od *daty zawarcia Umowy* Towarzystwo nie będzie mogło podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.

ARTYKUŁ 20. RYZYKO WOJENNE

Jeżeli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpiła w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, *Towarzystwo* ograniczy wypłatę świadczenia z tytułu *umowy podstawowej* do wysokości *wartości wykupu*, zgodnie z zasadami wyliczenia *wartości wykupu* określonymi w artykule 24.

ARTYKUŁ 21. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA Z TYTUŁU CAŁKOWITEGO I TRWAŁEGO INWALIDZTWA

Wypłata *świadczenia na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego* nie zostanie dokonana, jeżeli *całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego* powstało w wyniku:

- a) 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 *Ubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem wyżej wymienionych czynników,
- b) samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności.

ROZDZIAŁ VII. WYGAŚNIĘCIE UMOWY

WYJAŚNIENIE: Ubezpieczający ma możliwość rezygnacji z *Umowy* w każdym momencie jej obowiązywania. Powoduje to wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.

W przypadku:

- odstąpienia w terminie 30 dni od *daty zawarcia Umowy* – nastąpi zwrot wypłaconej składki,
- rozwiązania pomiędzy 31. dniem a 1. rocznicą *Umowy* – brak jakiegokolwiek wypłaty,
- rozwiązania po upływie 1. roku obowiązywania *Umowy* – nastąpi wypłata *wartości wykupu umowy podstawowej*.

ARTYKUŁ 22. ODSTĄPIENIE OD UMOWY

1. *Ubezpieczający* ma prawo do odstąpienia od *Umowy* w terminie 30 dni od *daty jej zawarcia*.
2. Odstąpienie od *Umowy* następuje na podstawie pisemnego wniosku doręzonego *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym*.
3. W przypadku odstąpienia od *Umowy* Towarzystwo zwróci *Ubezpieczającemu* zapłaconą *składkę*. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo potrącenia części *składki* za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zwrot *składki* nastąpi w terminie 30 dni od *daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego* o odstąpieniu od *Umowy*.

ARTYKUŁ 23. ROZWIĄZANIE UMOWY

WYJAŚNIENIE: W sytuacji braku środków na opłacenie składki można skorzystać z możliwości zmiany trybu (częstotliwości) opłacania składki na miesięczny zgodnie z artykułem 11, co pozwoli na rozłożenie płatności w czasie lub zamienić umowę na bezskładkową, o ile spełnia ona wymóg minimalnej sumy ubezpieczenia bezskładkowego. Aby skorzystać z tej możliwości, należy skontaktować się z pośrednikiem ubezpieczeniowym bądź z biurem głównym Towarzystwa lub z jego uprawnionym przedstawicielstwem. Wówczas Towarzystwo wskaże, jak dopełnić wszelkich formalności.

Ubezpieczający może w dowolnym momencie obowiązywania *Umowy* wypowiedzieć *Umowę*. Rozwiązanie *Umowy* następuje na podstawie pisemnego wniosku doręzonego *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym*. W przypadku, gdy *Umowa* nie posiada *wartości wykupu* zgodnie z artykułem 24, rozwiązanie jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.

ARTYKUŁ 24. WYKUP UMOWY

1. *Umowa* może zostać wykupiona przez *Ubezpieczającego* po pierwszej *rocznicy Umowy*, pod warunkiem opłacenia wszystkich *składek* należnych do tej *rocznicy Umowy* i doręczenia do *Towarzystwa* pisemnego wniosku, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym*.
2. *Wartości wykupu* na każdą *rocznicę Umowy* są określone w *Umowie*.

3. **Wartość wykupu** na dzień wykupu jest liczona, zgodnie z poniższym wzorem, jako średnia z **wartości wykupu** na sąsiadujące **rocznice Umowy**, ważona ilością dni do tych rocznic.

$$W = \frac{W_1 \cdot x + (P - x) \cdot W_2}{P}, \text{ gdzie:}$$

W_1 – **wartość wykupu** na **rocznicę Umowy** bezpośrednio poprzedzającą datę wykupu lub na datę wykupu, jeżeli wykup następuje w **rocznicę Umowy**,

W_2 – **wartość wykupu** na **rocznicę Umowy** następującą bezpośrednio po dacie wykupu,

x – liczba dni od daty wykupu do **rocznicy Umowy** następującej bezpośrednio po dacie wykupu,

P – liczba dni pomiędzy **rocznicami Umowy**, na które liczone są wartości W_1 i W_2 .

4. **Ubezpieczający** otrzyma **wartość wykupu** wyliczoną na dzień wykupu oraz zwrot **składki** za **Umowę** za okres, w którym **Towarzystwo** nie udziela już ochrony ubezpieczeniowej. Zwrotowi podlega ostatnia zapłacona **składka** za **Umowę** w części proporcjonalnej do liczby dni pomiędzy dniem wykupu a końcem okresu, za który została zapłacona ostatnia **składka**.

PRZYKŁAD: Wartość wykupu to kwota, którą **Towarzystwo** wypłaci **Ubezpieczającemu** w momencie rezygnacji z ubezpieczenia. Wartość wykupu na każdą **rocznicę Umowy** podana jest w polisie.

Poniższe obliczenia pokazują, jak wyliczyć wartość wykupu na dzień 15 sierpnia 2017 roku dla przykładowej polisy pomiędzy 12. a 13. **rocznicę Umowy**.

Żałujemy, że **rocznica Umowy** przypada 1 maja, wartość wykupu polisy na dzień 15 sierpnia obliczamy jak poniżej:

W_1 – wartość wykupu na 12. **rocznicę** – 20650,00 zł

W_2 – wartość wykupu na 13. **rocznicę** – 23450,00 zł

x – liczba dni od 15.08.2017 r. do 1.05.2018 r. – 259

P – liczba dni pomiędzy **rocznicami** – 365

Podstawiając powyższe liczby do wzoru, otrzymamy wartość wykupu:

$$W = (20650,00 \times 259 + (365 - 259) \times 23450,00) / 365, \text{ czyli}$$

$$W = (5348350 + 2485700) / 365$$

$$W = 21463,15 \text{ zł}$$

Taką kwotę otrzyma **Ubezpieczający**.

5. W przypadku wykupu **Umowy** **Towarzystwo** wypłaca **wartość wykupu** oraz udział w zysku zgodnie z postanowieniami artykułu 26. **Towarzystwo** pomniejszy wypłacane kwoty o wymagalne wierzytelności wynikające z **OWU**.
6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **Umowy** wygasa z dniem doręczenia do **Towarzystwa** skutecznego wniosku o wykup **Umowy**.
7. **Wartość wykupu** zostanie przekazana zgodnie z dyspozycją **Ubezpieczającego**, nie później niż w terminie 30 dni, licząc od dnia doręczenia do **Towarzystwa** skutecznego wniosku o wykup **Umowy**.

ARTYKUŁ 25. WYGAŚNIĘCIE UMOWY

1. **Umowa** wygasa w każdym z następujących przypadków:
- w dniu śmierci **Ubezpieczonego** lub
 - gdy powstał obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu **całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego**, lub
 - z **datą wygaśnięcia umowy podstawowej**, lub
 - z dniem zrealizowania automatycznego wykupu **Umowy** zgodnie z postanowieniami artykułu 11 punkt 8 b), lub
 - z powodu nieopłacenia **składki** zgodnie z postanowieniami artykułu 11 punkt 8 c), lub
 - z dniem rozwiązania **Umowy** zgodnie z artykułem 23, lub
 - z dniem doręczenia do **Towarzystwa** skutecznego wniosku o wykup **Umowy** zgodnie z postanowieniami artykułu 24, lub
 - z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka w przypadku otrzymania skutecznego wniosku **Ubezpieczającego**, skutkującego obniżeniem składki do poziomu poniżej limitu określonego w artykule 11 punkt 3, o czym **Towarzystwo** poinformuje **Ubezpieczającego** przed dokonaniem zmiany. W przypadku, gdy **Umowa** posiada **wartość wykupu**, zostanie ona wypłacona zgodnie z postanowieniami artykułu 24.
2. Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa **Umowa** może przewidywać inne zdarzenia, których skutkiem jest jej wygaśnięcie.

ROZDZIAŁ VIII. DODATKOWE KORZYŚCI WYNIKAJĄCE Z UMOWY

ARTYKUŁ 26. UDZIAŁ W ZYSKU

WYJAŚNIENIE: Udział w zysku zostanie po raz pierwszy naliczony w drugiej **rocznicę Umowy**. Przydzielony w kolejnych latach udział w zysku będzie inwestowany ponownie, powiększając corocznie wartość **Umowy**. Zasadę ustalenia stopy procentowej stosowanej do obliczenia udziału w zysku od wartości wykupu określa artykuł 26 punkt 4, natomiast stopę procentową stosowaną do obliczenia odsetek od naliczonego w latach poprzednich udziału w zysku – artykuł 26 punkt 5.

1. Udział w zysku obliczany jest co roku, począwszy od drugiej **rocznicy Umowy**, pod warunkiem, że **Umowa** obowiązywała przez cały rok, za który naliczany jest udział w zysku.
2. Udział w zysku naliczany jest od:
- wartości wykupu** w roku, za który następuje jego naliczenie,
 - udziału w zysku naliczonego w poprzednich latach obowiązywania **Umowy**.
3. Na potrzeby ustalenia udziału w zysku **wartość wykupu** obliczana jest jako średnia arytmetyczna z **wartości wykupu** na początku i końcu roku, za który naliczany jest udział w zysku, pomniejszona o wymagalne wierzytelności wynikające z **OWU**.
4. Stopa udziału w zysku (SUZ) ustalana jest według poniższego wzoru:
- $$SUZ = 90\% \cdot (SZ - KA - 2\%), \text{ gdzie:}$$
- SZ oznacza stopę zysku netto ustaloną przez **Towarzystwo** na podstawie osiągniętych wyników inwestycyjnych dzięki inwestowaniu aktywów na pokrycie zobowiązań wynikających z **Umowy**,
- KA oznacza koszty administracyjne, wynoszące nie więcej niż 1%,
- a 2% to **techniczna stopa procentowa**.
- W przypadku, gdy SUZ mająca zastosowanie dla wartości wykupu będzie mniejsza niż zero, do celów niniejszego wyliczenia będzie się ją przyjmować jako równą zero.
5. Udział w zysku naliczony na koniec poprzedniego roku obowiązywania **Umowy** jest ponownie inwestowany, a jego stopa zwrotu jest równa:
- stopie udziału w zysku (SUZ) powiększonej o 2%, jeśli stopa udziału w zysku (SUZ) jest większa lub równa 0%,
 - większej z wartości: 0% lub stopie zysku (SZ) pomniejszonej o koszty administracyjne (KA), jeśli stopa udziału w zysku (SUZ) jest mniejsza niż 0%.
6. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego**, powstania **całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego** lub wykupu **Umowy** udział w zysku ustala się w wysokości obliczonej na ostatnią **rocznicę Umowy**, która bezpośrednio poprzedza odpowiednio datę śmierci, datę powstania **całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego** lub datę wykupu **Umowy**.

ROZDZIAŁ IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

ARTYKUŁ 27. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych **OWU** a postanowieniami **Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia** rozstrzygają postanowienia tej ostatniej.

ARTYKUŁ 28. NALEŻNOŚCI, OPŁATY, PODATKI

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem *składek* obciążają *Ubezpieczającego* i są uiszczane wraz z odpowiednią *składką*.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez *Towarzystwo*.
3. Wszelkie podatki związane z *Umową* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych *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 (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2014 r., poz. 851 j.t. z późn. zm.).

ARTYKUŁ 29. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* związane z *Umową* powinny być przekazywane do *Towarzystwa* pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
2. Korespondencja wysyłana przez *Towarzystwo* do *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

ARTYKUŁ 30. REKLAMACJE I MEDIACJA

1. *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony*, *Uposażony* lub uprawniony z *Umowy* może złożyć *reklamację*:
 - a) pisemnie na adres *Towarzystwa*: MetLife TUNŻIR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - d) osobiście w *biurze głównym 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* niełoży 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.
7. *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.

ARTYKUŁ 31. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU, SPRAWOZDANIA

1. Prawem właściwym dla *Umowy* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym*, *Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy*, spadkobiercą *Ubezpieczonego* lub spadkobiercą uprawnionego z *Umowy* 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*, spadkobiercy *Ubezpieczonego* lub spadkobiercy uprawnionego z *Umowy*.
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.

ARTYKUŁ 32. AKTUALIZACJA INFORMACJI

WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* oraz *Uposażonego*. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczenie informacji dotyczących *Umowy* i znacząco usprawni jej obsługę.

1. *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony* są zobowiązani do niezwłocznego informowania *Towarzystwa* o zmianach:
 - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
 - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).Informacje o zmianach powinny być przekazane do *Towarzystwa* pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
2. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania *Towarzystwa* o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie jego podpisem. Złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez *Ubezpieczającego* może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.
3. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do niezwłocznej aktualizacji informacji w przypadku zmiany okoliczności mających wpływ na jego status jako podatnika USA w celu wykonania obowiązków nałożonych Ustawą z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu *Umowy* między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA.
4. Na podstawie art. 45 Ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami *Ubezpieczający* jest zobowiązany poinformować *Towarzystwo* o zmianie okoliczności, która ma wpływ na rezydencję podatkową *Ubezpieczającego* lub powoduje, że informacje zawarte w oświadczeniu o rezydencji podatkowej stały się nieaktualne oraz złożyć odpowiednio zaktualizowane oświadczenie w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności.

ARTYKUŁ 33. PEŁNOMOCNICTWA

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z *Umową* powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej.

Warszawa, 8 maja 2017 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

UMOWA DODATKOWA

DODATKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ZDIAGNOZOWANIA NOWOTWORU W PAKIECIE UBEZPIECZENIOWYM

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu w pakiecie ubezpieczeniowym

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

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.

ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

ARTYKUŁ 1. WSTĘP

- Niniejsze *OWU* mają zastosowanie do *umowy dodatkowej* Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu w pakiecie ubezpieczeniowym 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* wraz z załączoną Tabelą nowotworów jest obligatoryjną częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). *Umowa dodatkowa* jest zawierana na wniosek *Ubezpieczającego* i obejmuje ochroną *Ubezpieczonego* wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, który w *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* ukończył 18. rok życia, a nie ukończył 61. roku życia. Składkę należną z tytułu *umowy dodatkowej* określa *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Definicje określeń użytych w niniejszych *OWU*:

- nowotwór** – określony w Tabeli nowotworów *nowotwór złośliwy, rak przedinwazyjny, niezłośliwy nowotwór mózgu lub nowotwór skóry*, którego diagnoza została potwierdzona badaniem histopatologicznym (dotyczy poniższych punktów a), b) i d)) przeprowadzonym przez lekarza patomorfologa lub anatomopatologa:
 - nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost oraz rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki,
 - rak przedinwazyjny (Carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające,
 - niezłośliwy nowotwór mózgu** – jednoznacznie rozpoznany w dokumentacji medycznej wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny,
 - nowotwór skóry** – nowotwór skóry opisywany jako kolczystokomórkowy lub podstawnokomórkowy, w każdym stopniu zaawansowania,
- zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej *umowy dodatkowej*: zdiagnozowanie u *Ubezpieczonego* w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej nowotworu* wymienionego w Tabeli nowotworów, stanowiącej załącznik nr 1 do *umowy dodatkowej*,

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 OCHRONY

- Zakres ochrony *umowy dodatkowej* obejmuje *zdarzenie ubezpieczeniowe*, którym jest zdiagnozowanie u *Ubezpieczonego nowotworu* wymienionego w Tabeli nowotworów. Tabela nowotworów stanowi załącznik nr 1 do *umowy dodatkowej*.
- Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte wszystkie *nowotwory* w przebiegu zakażenia wirusem HIV, wszelkie guzy w badaniu histopatologicznym określone jako o granicznej złośliwości (borderline) oraz stany przednowotworowe: nadmierne rogowacenie nabłonka skóry, dysplazja nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3.
- Świadczenie z tytułu zdiagnozowania *nowotworu skóry* zostanie wypłacone *Ubezpieczonemu* tylko raz w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.
- W przypadku zdiagnozowania u *Ubezpieczonego nowotworu* *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie określone jako procent *sumy ubezpieczenia* na wypadek zdiagnozowania *nowotworu*, zgodnie z Tabelą nowotworów.
- Świadczenie z tytułu zdiagnozowania *nowotworu* zostanie wypłacone, jeżeli *nowotwór* został rozpoznany, procedury diagnostyczne mające na celu jego rozpoznanie zostały rozpoczęte, lub którego leczenie rozpoczęło się w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*, lecz nie wcześniej niż po upływie 90 dni od *daty jej wejścia w życie*.
- Jeżeli *nowotwór* został rozpoznany, procedury diagnostyczne mające na celu jego rozpoznanie zostały rozpoczęte, lub którego leczenie rozpoczęło się po *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* i przed upływem 90 dni od tej daty, świadczenie będzie wynosić 110% składek zapłaconych z tytułu *umowy dodatkowej* do dnia zdiagnozowania *nowotworu*.

- Łączna suma wypłaconych świadczeń z tytułu zdiagnozowania *nowotworu* u *Ubezpieczonego* bez względu na liczbę rozpoznanych *nowotworów* objętych zakresem ochrony *umowy dodatkowej* oraz bez względu na to, czy *Ubezpieczony* przebył je równocześnie, czy też kolejno, nie może przekroczyć 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu zdiagnozowania *nowotworu*.
- Wypłata świadczeń nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa.
- Towarzystwo* pomniejszy wypłacaną kwotę o wymagalne wierzytelności wynikające z *OWU*.

ROZDZIAŁ III. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

ARTYKUŁ 5. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

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

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:
 - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia indywidualnego – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.

Jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Towarzystwo* poinformuje o tym niezwłocznie.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii dokumentów. Uprawnienia do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają: notariusz, osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub organ wydający dokument.

WYJAŚNIENIE: Więcej informacji o wymaganych dokumentach, formach poświadczania oraz obsłudze roszczeń znajduje się na stronie internetowej *Towarzystwa*.

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

- on-line przez portal e-rozszczenie:** dostępny na stronie www.eroszczeniemetlife.pl,
- elektronicznie na adres e-mail:** roszczenia@metlife.pl,
- telefonicznie pod numerem:** +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- pisemnie na adres siedziby Towarzystwa:** MetLife TUnZiR S.A., Dział Roszczeń, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- osobiście:** w siedzibie *Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie.

- 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 zdarzeniu.

- 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.

- Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.
- Towarzystwo* zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.
- 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. BADANIA 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* poddać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli *Ubezpieczony* odmówi poddania się badaniom niezbędnym do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *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 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

Wypłata świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* nie zostanie dokonana, jeżeli *nowotwór* jest wynikiem:

- Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności),
- zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

ROZDZIAŁ VI. KONTYNUACJA I WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

ARTYKUŁ 9. KONTYNUACJA UMOWY DODATKOWEJ

- Umowa dodatkowa* jest zawierana na okres 5 lat i zostaje automatycznie przedłużana na kolejne 5-letnie okresy.
- Umowa dodatkowa* jest kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki z tytułu *umowy dodatkowej*, wysokość *sumy ubezpieczenia* i inne warunki tej *umowy dodatkowej* mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
- W przypadku zmiany warunków, na jakich *umowa dodatkowa* może być kontynuowana, *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczającego* nie później niż 45 dni przed datą zakończenia 5-letniego okresu, na jaki została zawarta *umowa dodatkowa*.
- Opłacenie przez *Ubezpieczającego* składki z tytułu *umowy dodatkowej* do końca okresu prolongaty określonego w warunkach *umowy podstawowej*, następującego po 5-letnim okresie, w wysokości zaoferowanej przez *Towarzystwo*, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *umowa dodatkowa* jest kontynuowana.
- W przypadku niez zaakceptowania przez *Ubezpieczającego* zmienionych warunków *umowy dodatkowej* umowa ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem 5-letniego okresu.

ARTYKUŁ 10. WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

- Rozwiązanie *umowy dodatkowej* na wniosek *Ubezpieczającego* możliwe jest tylko wraz z rozwiązaniem *umowy podstawowej*. Zasady rozwiązania *Umowy* opisane są w artykule 23 *umowy podstawowej*.
- Umowa dodatkowa* wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z następujących przypadków:
 - którakolwiek składka z tytułu *Umowy* nie została opłacona do końca *okresu prolongaty* przewidzianego w *umowie podstawowej*, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia *składki*, z zastrzeżeniem postanowień artykułu 9 punktu 5 lub
 - umowa podstawowa* została przekształcona w bezskładkową – z dniem jej przekształcenia, lub
 - umowa podstawowa* wygasła lub została rozwiązana, lub
 - w dniu powstania obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania *nowotworu* w łącznej wysokości 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu *umowy dodatkowej*, lub
 - w ciągu 90 dni od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* powstał obowiązek wypłaty przez *Towarzystwo* świadczenia z tytułu zdiagnozowania *nowotworu*, lub
 - w *rocznicę Umowy* następującą bezpośrednio po 70. urodzinach *Ubezpieczonego*, niezależnie od tego, czy *umowa podstawowa* pozostaje w mocy po tym terminie.

WAŻNE: W przypadku zdiagnozowania nowotworu w pierwszych 90 dniach obowiązywania umowy dodatkowej Ubezpieczony otrzyma 110% wpłaconych składek, a umowa dodatkowa wygaśnie. Jeżeli nowotwór zostanie zdiagnozowany po 90 dniach obowiązywania umowy dodatkowej, a wypłacone świadczenie będzie niższe niż 100% sumy ubezpieczenia z tego tytułu, ochrona z tytułu nowotworu będzie nadal udzielana. Wypłata łącznego świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia na wypadek diagnozy nowotworu powoduje wygaśnięcie umowy dodatkowej.

- W przypadku określonym w punktach 2 b) i c) powyżej *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* część składki z tytułu *umowy dodatkowej* za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

ARTYKUŁ 11. INDEKSACJA

- Towarzystwo* może zaproponować w *rocznicę Umowy* podwyższenie składki z tytułu *umowy dodatkowej* oraz *sumy ubezpieczenia umowy dodatkowej*. Składka z tytułu *umowy dodatkowej* jest podwyższana o *wskaznik indeksacji* określony w warunkach *umowy podstawowej*, natomiast podwyższona *suma ubezpieczenia umowy dodatkowej* jest kalkulowana w oparciu o wzrost składki z tytułu *umowy dodatkowej*, poziom ryzyka ubezpieczeniowego, aktualny wiek *Ubezpieczonego* oraz okres, jaki pozostał do daty wygaśnięcia *umowy dodatkowej*.
- Podwyższenie *sumy ubezpieczenia umowy dodatkowej* następuje w *rocznicę Umowy*, pod warunkiem opłacenia podwyższonej *składki* proponowanej przez *Towarzystwo*.
- Umowa dodatkowa* może być indeksowana tylko wtedy, gdy indeksowana jest *umowa podstawowa*.
- Pozostałe postanowienia *umowy podstawowej* dotyczące *indeksacji* mają zastosowanie do *umowy dodatkowej*.

ARTYKUŁ 12. UMOWA DODATKOWA JAKO CZĘŚĆ UMOWY

Warunki *umowy podstawowej* odnoszą się również do *umowy dodatkowej*, z następującymi wyjątkami:

- wykupu *Umowy*,
- przekształcenia *Umowy* w ubezpieczenie bezskładkowe,
- udziału w zysku,
- samobójstwa,
- zaprzestania opłacania składek.

Warszawa, 8 maja 2017 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO UMOWY DODATKOWEJ DODATKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ZDIAGNOZOWANIA NOWOTWORU W PAKIECIE UBEZPIECZENIOWYM

TABELA NOWOTWORÓW

WAŻNE: Tabela nowotworów została sporządzona w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 dostępną na stronie www.csioz.gov.pl.

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

KLASYFIKACJA ICD-10	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	NAZWA JEDNOSTKI CHOROBOWEJ
C00	100%	Nowotwór złośliwy wargi
C01	100%	Nowotwór złośliwy nasady języka
C02	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka
C03	100%	Nowotwór złośliwy dziąsła
C04	100%	Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej
C05	100%	Nowotwór złośliwy podniebienia
C06	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej
C07	100%	Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej
C08	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych
C09	100%	Nowotwór złośliwy migdałka
C10	100%	Nowotwór złośliwy części ustnej gardła
C11	100%	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła
C12	100%	Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego
C13	100%	Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła
C14	100%	Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła
C15	100%	Nowotwór złośliwy przełyku
C16	100%	Nowotwór złośliwy żołądka
C17	100%	Nowotwór złośliwy jelita cienkiego
C18	100%	Nowotwór złośliwy jelita grubego
C19	100%	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
C20	100%	Nowotwór złośliwy odbytnicy
C21	100%	Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu
C22	100%	Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych
C23	100%	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego
C24	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych
C25	100%	Nowotwór złośliwy trzustki
C26	100%	Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów układu pokarmowego
C30	100%	Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego
C31	100%	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych
C32	100%	Nowotwór złośliwy krtani
C33	100%	Nowotwór złośliwy tchawicy
C34	100%	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca
C37	100%	Nowotwór złośliwy grasicy
C38	100%	Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej
C39	100%	Nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie układu oddechowego i narządów klatki piersiowej
C40	100%	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn
C41	100%	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu

KLASYFIKACJA ICD-10	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	NAZWA JEDNOSTKI CHOROBOWEJ
C43	25%	Czerniak złośliwy skóry – w stopniu zaawansowania IA lub IB wg klasyfikacji TNM
	100%	Czerniak złośliwy skóry – w stopniu zaawansowania wyższym niż IB wg klasyfikacji TNM
C45	100%	Międzybłoniak
C46	100%	Mięsak Kaposiego
C47	100%	Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i układu nerwowego wegetatywnego
C48	100%	Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej
C49	100%	Nowotwór złośliwy tkanki łącznej i innych tkanek miękkich
C50	100%	Nowotwór złośliwy piersi
C51	100%	Nowotwór złośliwy sromu
C52	100%	Nowotwór złośliwy pochwy
C53	100%	Nowotwór złośliwy szyjki macicy
C54	100%	Nowotwór złośliwy trzonu macicy
C55	100%	Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy
C56	100%	Nowotwór złośliwy jajnika
C57	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych
C58	100%	Nowotwór złośliwy łożyska
C60	100%	Nowotwór złośliwy prącia
C61	25%	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego – opisywany w skali TNM jako T1N0M0
	100%	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego – opisywany w skali TNM jako wyższy niż T1N0M0
C62	100%	Nowotwór złośliwy jądra
C63	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych
C64	100%	Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej
C65	100%	Nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej
C66	100%	Nowotwór złośliwy moczowodu
C67	25%	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – opisywany w skali TNM jako T1N0M0
	100%	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego – opisywany w skali TNM jako wyższy niż T1N0M0
C68	100%	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów układu moczowego
C69	100%	Nowotwór złośliwy oka i przydatków oka
C70	100%	Nowotwór złośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
C71	100%	Nowotwór złośliwy mózgu
C72	100%	Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części ośrodkowego układu nerwowego
C73	25%	Nowotwór złośliwy tarczycy – rak brodawkowaty tarczycy T1N0M0 o średnicy mniejszej niż 1 cm
	100%	Nowotwór złośliwy tarczycy – inny przypadek niż wymieniony powyżej
C74	100%	Nowotwór złośliwy nadnerczy
C75	100%	Nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych
C76	100%	Nowotwór złośliwy o umiejscowieniu innym i niedokładnie określonym
C77	100%	Wtórny i nieokreślony nowotwór złośliwy węzłów chłonnych
C78	100%	Wtórny nowotwór złośliwy układu oddechowego i pokarmowego
C79	100%	Wtórny nowotwór złośliwy o innym umiejscowieniu
C80	100%	Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia
C81	100%	Ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina)
C82	100%	Chłoniak nieziarniczny guzkowy (grudkowy)
C83	100%	Chłoniak nieziarniczny rozlany
C84	100%	Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T

KLASYFIKACJA ICD-10	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	NAZWA JEDNOSTKI CHOROBOWEJ
C85	100%	Inne i nieokreślone postacię chłoniaka nieziarnicznego
C88	100%	Złośliwe choroby immunoproliferacyjne
C90	100%	Szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych
C91	25%	Białaczka limfatyczna – przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania 0, I lub II wg klasyfikacji RAI, jeżeli nie jest wdrożona chemioterapia
	100%	Białaczka limfatyczna – przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania III lub IV wg klasyfikacji RAI, lub przewlekła białaczka limfatyczna w niższym stopniu zaawansowania, jeżeli jest wdrożona chemioterapia
C92	100%	Białaczka szpikowa
C93	100%	Białaczka monocytowa
C94	100%	Inne białaczki określonego rodzaju
C95	100%	Białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
C96	100%	Inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych
C97	100%	Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu
D45	100%	Czerwieńca prawdziwa

RAK PRZEDINWAZYJNY

KLASYFIKACJA ICD-10	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	NAZWA JEDNOSTKI CHOROBOWEJ
D00	25%	Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka
D01	25%	Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego
D02	25%	Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego
D03	25%	Czerniak in situ
D05	25%	Rak in situ piersi
D06	25%	Rak in situ szyjki macicy
D07	25%	Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych
D09	25%	Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu

NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU

KLASYFIKACJA ICD-10	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	NAZWA JEDNOSTKI CHOROBOWEJ
D32	25%	Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
D33	25%	Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego

NOWOTWÓR SKÓRY

KLASYFIKACJA ICD-10	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	NAZWA JEDNOSTKI CHOROBOWEJ
C44	10%	Inne nowotwory złośliwe skóry
D04	10%	Rak in situ skóry

Warszawa, 8 maja 2017 roku


 Łukasz Kalinowski
 Prezes Zarządu Towarzystwa


 Agata Lem-Kulig
 Członek Zarządu Towarzystwa

NOTATKI:

Chętnie odpowiemy na wszystkie Państwa pytania,
jesteśmy do dyspozycji pod numerem telefonu:

+48 22 523 50 70

lub za pośrednictwem poczty elektronicznej:

lifeinfo@metlife.pl

Po zawarciu Umowy zapraszamy również do korzystania
z portalu internetowego e-klient pod adresem:

www.eklientmetlife.pl

ZAPRASZAMY DO KONTAKTU Z PRZEDSTAWICIELEM TOWARZYSTWA

MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy 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 TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Telefoniczne Centrum Informacji: tel. **+48 22 523 50 70**
© MetLife TUnŻiR S.A., 2017

MetLife®

MetLife TUnŻiR S.A.
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa
e-mail: lifeinfo@metlife.pl
www.metlife.pl