

Ochrona Życia Plus

Ubezpieczeniowy Pakiet Ochrona Życia i Zdrowia

MetLife[®]



Ogólne Warunki Ubezpieczenia
umowa podstawowa

www.metlife.pl

SPIS TREŚCI

Informacja dotycząca ubezpieczenia Ochrona Życia Plus	3
Umowa podstawowa – Ubezpieczeniowy Pakiet Ochrona Życia i Zdrowia	5
ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE	5
Artykuł 1. Wstęp	5
Artykuł 2. Definicje	5
ROZDZIAŁ II. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA I JEJ ZAKRES	6
Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia	6
Artykuł 4. Zakres ochrony	6
ROZDZIAŁ III. UMOWA UBEZPIECZENIA	7
Artykuł 5. Zawarcie Umowy i początek odpowiedzialności Towarzystwa	7
Artykuł 6. Zmiana Umowy	7
Artykuł 7. Cesja praw z Umowy	7
Artykuł 8. Duplikat Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia	7
ROZDZIAŁ IV. SKŁADKA	7
Artykuł 9. Opłacanie składek	7
ROZDZIAŁ V. WYPŁATA ŚWIADCZENIA I UPOSAŻONY	8
Artykuł 10. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego	8
Artykuł 11. Wskazanie i zmiana Uposażonego	9
ROZDZIAŁ VI. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	9
Artykuł 12. Samobójstwo	9
Artykuł 13. Ryzyko wojenne	9
Artykuł 14. Dodatkowe wyłączenia	9
Artykuł 15. Zatajenie informacji	9
ROZDZIAŁ VII. WYGAŚNIĘCIE UMOWY	9
Artykuł 16. Odstąpienie od Umowy	9
Artykuł 17. Rozwiązanie Umowy	9
Artykuł 18. Wygaśnięcie ubezpieczenia	9
ROZDZIAŁ VIII. DODATKOWE KORZYŚCI WYNIKAJĄCE Z UMOWY	10
Artykuł 19. Dodatkowe świadczenie za kontynuację ubezpieczenia	10
ROZDZIAŁ IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	10
Artykuł 20. Postanowienia kolizyjne	10
Artykuł 21. Należności, opłaty, podatki	10
Artykuł 22. Doręczenia	10
Artykuł 23. Reklamacje	10
Artykuł 24. Prawo właściwe, właściwość sądu, sprawozdania	10
Artykuł 25. Aktualizacja informacji	10
Artykuł 26. Pełnomocnictwa	11

POMOC

Szanowni Państwo, w ramach umieszczonych w treści OWU pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najważniejszych 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.

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.



Informacja dotycząca
ubezpieczenia Ochrona Życia Plus

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 – str. 6; art. 10 – str. 8; art. 19 – str. 10
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 pkt 6, 7, 9, 18 – str. 5; art. 4 – str. 6; art. 12-15 – str. 9
3. kosztów oraz innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	art. 8 – str. 7

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

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 Ubezpieczeniowego Pakietu Ochrona Życia i Zdrowia* zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczonym* i stanowią integralną część tej *Umowy*.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych *OWU* określenia oznaczają:

- biuro główne Towarzystwa** – biuro *Towarzystwa*, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26,
- data opłacenia składki** – dzień wpływu całej *składki* na rachunek bankowy wskazany przez *Towarzystwo*,
- data wejścia w życie Umowy** – datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazaną w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* jako *data wejścia w życie Umowy*,
- data wygaśnięcia Umowy** – datę wygaśnięcia *Umowy* oznaczoną w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*,
- data zawarcia Umowy** – datę doręczenia *Ubezpieczonemu Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*, z zastrzeżeniem postanowień określonych w artykule 5,
- groźna choroba** – każdą z następujących chorób: nowotwór złośliwy, zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienna serca wymagająca leczenia operacyjnego, udar, niewydolność nerek, przeszczep narządów, utrata wzroku, zgodnie z definicjami chorób określonymi w artykule 4 punkt 3,
- 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.



- OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia,
- pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
- podpis wzorcowy** – podpis *Ubezpieczonego*, stanowiący wzór, z jakim będzie porównywany jego podpis pod późniejszymi wnioskami i oświadczeniami,

WAŻNE: Ubezpieczony składa wzór podpisu na *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*. Wzór podpisu może być uaktualniony podczas trwania Umowy.



- reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności,
- rocznica Umowy** – dzień każdego kolejnego roku obowiązywania *Umowy*, który datą odpowiada *dacie wejścia w życie Umowy*,
- składka** – łączną kwotę wskazaną w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* lub w stosownym załączniku, jaką *Ubezpieczony* jest zobowiązany regularnie wpłacać *Towarzystwu* z tytułu *Umowy* zgodnie z trybem jej opłacania, zawierającą opłatę stałą,

WYJAŚNIENIE: Wysokość opłaty stałej, zawartej w składce za umowę podstawową, podana jest w polisie.



- suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, która określa maksymalne zobowiązanie *Towarzystwa* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 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.

- 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; półrocznie – 16 grudnia i 16 czerwca; kwartalnie – 16 września, 16 grudnia, 16 marca i 16 czerwca; miesięcznie – 16 dnia każdego miesiąca.



- Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie,
- wojna** – zorganizowaną walkę zbrojną między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi, lub operacje wojenne, lub inwazję, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojnę domową, rebelię, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia, ogłoszenie lub wypowiedzenie stanu wojennego albo wojny,
- Ubezpieczony** – osobę fizyczną, która zawarła z *Towarzystwem Umowę* oraz której życie i zdrowie jest przedmiotem *Umowy* i na potrzeby *Umowy* jest także *Ubezpieczającym*,

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.



- Umowa** – umowę ubezpieczenia, na którą składają się postanowienia niniejszych *OWU*, *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*, oświadczenia zamieszczone we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz zaświadczenia lekarskie i wszelkie zgodne oświadczenia woli *Ubezpieczonego* oraz *Towarzystwa* załączone do umowy ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część,
- Uposażony** – osobę wyznaczoną na piśmie jako uprawnioną do świadczeń przewidzianych *Umową* na wypadek śmierci *Ubezpieczonego*,
- zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach *Umowy*:
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* wskutek *NW*,
 - zdiagnozowanie *groźnej choroby* zdefiniowanej w artykule 4 punkt 3,
 - całkowite i trwałe inwalidztwo* zdefiniowane w artykule 4 punkt 4.

ROZDZIAŁ II. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA I JEJ ZAKRES

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

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

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



ARTYKUŁ 4. ZAKRES OCHRONY

Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić określone poniżej świadczenia w przypadku zajścia *zdarzenia ubezpieczeniowego* w czasie obowiązywania *Umowy*. Wypłata nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności *Towarzystwa*.

1. Świadczenie na wypadek śmierci *Ubezpieczonego*

Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* na wypadek śmierci *Ubezpieczonego*, pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z *OWU*.

2. Świadczenie na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* wskutek *NW*

Dodatkowo do świadczenia wymienionego w punkcie 1 niniejszego artykułu *Towarzystwo* wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* wskutek *NW*, pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z *OWU*.

3. Świadczenie na wypadek *groźnej choroby*

Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* na wypadek *groźnej choroby Ubezpieczonego*, pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z *OWU*. Świadczenie na *wypadek groźnej choroby* zostanie wypłacone:

- w przypadku zdiagnozowania u *Ubezpieczonego* *groźnej choroby* nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od *daty wejścia w życie Umowy* oraz
- przed *datą wygaśnięcia Umowy*, oraz
- jeżeli *Ubezpieczony* pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty zdiagnozowania *groźnej choroby*.

Świadczenie wypłacane jest jednokrotnie w wysokości *sumy ubezpieczenia* na wypadek *groźnej choroby*, niezależnie od liczby zdiagnozowanych *groźnych chorób*.

Groźna choroba w rozumieniu *Umowy* oznacza każdą z poniżej określonych chorób:

a) Nowotwór złośliwy

Guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki. Diagnoza musi zostać potwierdzona przez badanie histopatologiczne (opisane cechy złośliwości komórek nowotworowych) oraz opinią lekarza onkologa lub patologa.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- zmiany opisywane jako raki in situ lub nieinwazyjne oraz stany przednowotworowe, zawierające, ale nie ograniczone do: raka in situ gruczołu piersiowego, dysplazji nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,
- nadmierne rogowacenie, podstawnomórkowe i kolczystokomórkowe raki skóry, czerniaki naciekające tkankę na głębokość mniejszą niż 1,5 mm lub sklasyfikowane poniżej 3 stopnia w skali Clarka, za wyjątkiem obecności przerzutów,
- raki gruczołu krokowego w skali TNM opisywane jako T1a lub T1b albo raki gruczołu krokowego sklasyfikowane w innej skali o podobnym lub niższym zaawansowaniu; brodawczakowaty rak tarczycy T1N0M0 o średnicy mniejszej niż 1 cm; brodawczakowaty mikro-rak pęcherza moczowego; przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 w skali RAI,
- wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV.

b) Zawał mięśnia sercowego

Obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta łącznie na trzech lub więcej z niżej podanych sześciu kryteriów, które składają się na świeży zawał mięśnia sercowego:

- rozpoznany w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
- świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
- diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej kinazy kreatyninowej,
- diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
- frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
- świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza).

c) Udar

Nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej, krwawienie podpajęczne lub krwawienia do mózgu, zatory lub zakrzepy mózgowe. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:

- potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego utrzymujące się co najmniej przez 6 tygodni po dokonaniu incydentu mózgowym,
- zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniu potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebiegu incydentu mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- przemijające niedokrwienie mózgu,
- odwracalny niedokrwienno ubytek neurologiczny,
- uszkodzenie mózgu spowodowane wypadkiem lub urazem, infekcją, zapaleniem naczyń, zapaleniem mózgu,
- choroby naczyniowe dotyczące narządu wzroku (w tym nerwu wzrokowego),
- zaburzenia układu równowagi (układu przedsionkowego ucha wewnętrznego) wynikające z niedokrwienia.

d) Choroba niedokrwienna serca wymagająca leczenia operacyjnego

Faktycznie przeprowadzona operacja z otwarciem klatki piersiowej mająca na celu korekcję zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, tzw. by-passów.

Diagnoza musi być oparta na potwierdzonym koronarografii istotnym zwężeniu tętnicy wieńcowej. Wskazanie do zabiegu musi być potwierdzone przez lekarza kardiologa.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- angioplastyka,
- wszystkie inne wewnątrznaczyniowe techniki udrażniania naczyń.

e) Niewydolność nerek

Przewlekłe, nieodwracalne upośledzenie czynności obu nerek wymagające stałego, regularnego odbywania dializy nerki lub jej przeszczepu.

f) **Przeszczepianie narządów**

Leczenie operacyjne *Ubezpieczonego* obejmujące:

1. przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych poprzedzone całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją),
2. przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów.

Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych są wykluczone.

g) **Utrata wzroku**

Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach na skutek choroby lub *nieszczęśliwego wypadku*, potwierdzona przez lekarza okulistę.

4. **Świadczenie z tytułu gwarancji opłacania składek**

- a) W przypadku, gdy *Ubezpieczony* dozna *całkowitego i trwałego inwalidztwa* zdefiniowanego poniżej, co zostanie potwierdzone dowodami na piśmie zgodnie z wymaganiami *Towarzystwa*, zobowiązuje się ono przejąć na siebie obowiązek opłacania *składek* należnych z tytułu *Umowy*. Gwarancja opłacania składek obowiązuje wyłącznie w przypadku *całkowitego i trwałego inwalidztwa*, które trwało nieprzerwanie co najmniej 6 miesięcy i na koniec tego okresu nadal pozostaje *całkowitym i trwałym inwalidztwem*, nierokującym poprawy w świetle aktualnej wiedzy medycznej. Gwarancja opłacania składek obejmuje czas trwania inwalidztwa i rozpoczyna się od pierwszej *składki*, której wymagalność przypada po jego zaistnieniu.
- b) Przez *całkowite i trwałe inwalidztwo* rozumie się całkowitą i trwałą niezdolność *Ubezpieczonego* do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie z powodu obrażeń ciała lub choroby, pod warunkiem, że inwalidztwo trwało nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy, licząc od dnia jego powstania i po zakończeniu tego okresu nadal pozostaje ono całkowitym i trwałym, nierokującym poprawy w świetle aktualnej wiedzy medycznej. Dla celów *Umowy*, niezależnie od powyższych postanowień, *Towarzystwo* uznaje za *całkowite i trwałe inwalidztwo* zupełną i nieodwracalną obustronną utratę wzroku lub utratę:
- 1) obu dłoni powyżej nadgarstków lub
 - 2) obu stóp powyżej kostek, lub
 - 3) jednej dłoni powyżej nadgarstka i jednej stopy powyżej kostki.
- Gwarancja opłacania składek nie dotyczy *całkowitego i trwałego inwalidztwa*, które powstało w wyniku choroby lub chorób zdefiniowanych w punkcie 3 niniejszego artykułu.
- c) Gwarancja opłacania składek obowiązuje wyłącznie w przypadku *całkowitego i trwałego inwalidztwa*, jeżeli:
- 1) powstało ono w wyniku obrażeń ciała doznanych lub choroby przebytej po dacie rozpoczęcia odpowiedzialności *Towarzystwa* i
 - 2) do dnia jego powstania *składki* z tytułu *Umowy* były opłacone w terminie. *Ubezpieczony* jest zobowiązany do opłacania *składek* także w trakcie 6-miesięcznego okresu wspomnianego powyżej w punkcie 4.
- W przypadku przejścia przez *Towarzystwo* obowiązku opłacania *składek Ubezpieczonemu* zwrócone zostaną *składki* opłacone przez niego za okres, który przypada po dacie zaistnienia *całkowitego i trwałego inwalidztwa*.
- d) Niezależnie od uznania przez *Towarzystwo* dowodów potwierdzających powstanie *całkowitego i trwałego inwalidztwa* w rozumieniu *Umowy Ubezpieczony* ma obowiązek na żądanie *Towarzystwa* dostarczyć w wyznaczonym terminie wymagane zaświadczenia o ciągłości *całkowitego i trwałego inwalidztwa*. Jeżeli *Ubezpieczony* nie dostarczy wymaganego zaświadczenia albo uzyska zdolność do podjęcia działalności gospodarczej lub wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, wszystkie *składki* należne od tego momentu powinny być opłacone przez *Ubezpieczonego* zgodnie z warunkami *Umowy*.

ROZDZIAŁ III. UMOWA UBEZPIECZENIA

ARTYKUŁ 5. ZAWARCIE UMOWY I POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Warunkiem zawarcia *Umowy* jest otrzymanie i zaakceptowanie przez *Towarzystwo*:
 - a) podpisanego przez *Ubezpieczonego* wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - b) kwoty na poczet pierwszej *składki* opłaconej przez *Ubezpieczonego*,
 - c) wymaganych przez *Towarzystwo* dokumentów niezbędnych do podjęcia decyzji o objęciu *Ubezpieczonego* ochroną ubezpieczeniową.
2. 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 *Ubezpieczonego*, dlatego ważne, by jak najszybciej odebrać polisę.



3. *Umowa* zostaje zawarta z dniem doręczenia *Ubezpieczonemu* przez *Towarzystwo* *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*, z zastrzeżeniem punktu 4.
4. Zawarcie *Umowy* z *Ubezpieczonym*, 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 6. ZMIANA UMOWY

1. *Umowa* może być zmieniona na wniosek *Ubezpieczonego* pod warunkiem:
 - a) doręczenia *Towarzystwu* pisemnego wniosku *Ubezpieczonego* o zmianę najpóźniej 60 dni przed *rocznicą Umowy*, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym* lub w innej formie zaakceptowanej przez strony oraz
 - b) wyrażenia zgody przez *Towarzystwo* na wnioskowaną zmianę, oraz
 - c) opłacenia przez *Ubezpieczonego* związanych z tym należnych *składek* w *terminie* ich *wymagalności*.
2. Wszelkie zmiany *Umowy* wymagają potwierdzenia w formie pisemnej. Każdy dokument stwierdzający powyższą zmianę stanowi załącznik do *Umowy*.

ARTYKUŁ 7. 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 8. DUPLIKAT SZCZEGÓŁOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

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

ROZDZIAŁ IV. SKŁADKA

ARTYKUŁ 9. OPŁACANIE SKŁADEK

1. *Składkę* ustala *Towarzystwo* z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności *Towarzystwa* i okresów odroczenia odpowiedzialności, okresu ubezpieczenia, 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*.

2. *Składka* może być opłacana w trybie rocznym, półrocznym, kwartalnym lub miesięcznym po wcześniejszym uzgodnieniu przez strony *Umowy*. Na wniosek *Ubezpieczonego* oraz za zgodą *Towarzystwa* w trakcie obowiązywania *Umowy* może nastąpić zmiana trybu opłacania *składek*.
3. *Ubezpieczony* zobowiązany jest do zapłaty *Towarzystwu składek* w wysokości i trybie określonych w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
4. Począwszy od drugiej należnej *składki*, *Ubezpieczonemu*, który nie opłaci *składki* w *terminie wymagalności*, przysługuje dodatkowa 30-dniowa prolongata terminu płatności (okres karencji), liczona od *terminu wymagalności składki*.
5. W przypadku nieopłacenia przez *Ubezpieczonego składki* w *terminie wymagalności* *Towarzystwo* wezwie *Ubezpieczonego* do opłacenia *składki* i poinformuje o skutkach jej nieopłacenia.
6. Nieopłacenie *składki* spowoduje wygaśnięcie *Umowy* i ochrony ubezpieczeniowej z upływem okresu karencji, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania, o którym mowa w punkcie 5.
7. *Towarzystwo* nie ma obowiązku wysyłania *Ubezpieczonemu* druków / formularzy do opłacania *składek*. Wysłanie takich druków / formularzy nie może być uznane za przyjęcie na siebie takiego obowiązku.

ROZDZIAŁ V. WYPŁATA ŚWIADCZENIA I UPOSAŻONY

W przypadku uzyskania prawa do więcej niż jednego świadczenia z tytułu poniższych zdarzeń:

- a) śmierci *Ubezpieczonego* lub
- b) śmierci *Ubezpieczonego* wraz ze świadczeniem na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* wskutek *NW*, lub
- c) *groźnej choroby*

Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu tylko jednego z nich.

Po wypłacie świadczenia *Umowa* wygaśnie zgodnie z zapisami określonymi w artykule 18.

ARTYKUŁ 10. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przedłożenie *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej:
 - a) w przypadku śmierci *Ubezpieczonego*, w tym śmierci *Ubezpieczonego* wskutek *NW*, osoba uprawniona do świadczenia składa:
 - odpis skrócony aktu zgonu (w oryginale lub kopię potwierdzoną notarialnie),
 - wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu lub kopię statystycznej karty zgonu, lub jakiegokolwiek dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu, w tym wynik sekcji zwłok, jeżeli była ona przeprowadzona,
 - kopię dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do świadczenia potwierdzoną notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez upoważnioną osobę w *biurze głównym Towarzystwa* albo jego uprawnionym przedstawicielstwie;
 Dodatkowo na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* wskutek *NW* osoba uprawniona do świadczenia składa:
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba uprawniona do świadczenia jest w ich posiadaniu, lub nazwę i adres placówki prowadzącej sprawę,
 - w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę;
 - b) w przypadku zdiagnozowania *groźnej choroby Ubezpieczonego*:
 - składa wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa* – w ciągu 3 miesięcy od daty zdiagnozowania choroby lub daty operacji,
 - składa kopię dokumentacji medycznej opisującej chorobę, wyniki badań diagnostycznych potwierdzających rozpoznanie oraz zastosowane leczenie,
 - jest zobowiązany poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego wszczętego w związku ze zgłoszeniem *zdarzenia ubezpieczeniowego* badaniom lekarskim. Jeżeli *Ubezpieczony* odmówi poddania się tym badaniom, *Towarzystwo* może uchylić się od wypłaty świadczenia z tytułu *groźnej choroby*,
 - składa kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
 - c) w przypadku świadczenia z tytułu gwarancji opłacania składek powiadomienie o roszczeniu musi zostać doręczone na piśmie za życia *Ubezpieczonego* oraz w czasie trwania inwalidztwa, a ponadto *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 na skutek *nieszczęśliwego wypadku* lub choroby oraz zastosowane w ich przypadku leczenie,
 - kopię zwolnień lekarskich potwierdzających niezdolność do pracy,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* potwierdzoną notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez upoważnioną osobę w *biurze głównym Towarzystwa* albo jego uprawnionym przedstawicielstwie.

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

- **on-line** – przez portal e-rozszczenie (zgodnie z informacjami zawartymi na stronie internetowej *Towarzystwa*)
- **pocztą elektroniczną** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Departament Roszczeń MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej *Towarzystwa*)
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnZiR S.A. przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie *Towarzystwa* na terenie całego kraju.



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

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



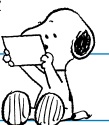
3. *Towarzystwo* – po otrzymaniu powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym* – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia prześle osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie, wyżej wymienione formularze, o ile są wymagane. Przesłanie do *Towarzystwa* wypełnionych formularzy i dokumentów pozwoli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



WYJAŚNIENIE: Prosimy o możliwie szybkie powiadomienie *Towarzystwa* o zaistniałym wypadku.

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

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 11. 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 12. SAMOBÓJSTWO

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 z tytułu *umowy podstawowej*, pomniejszoną o wymagalne wierzycelności wynikające z *OWU*.

ARTYKUŁ 13. RYZYKO WOJENNE

W czasie wojny, jeżeli *Ubezpieczony* służy w siłach zbrojnych lub został powołany do służby wojskowej w siłach zbrojnych, organizacji paramilitarnej bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, jego prawa z tytułu niniejszej *Umowy* zostają zawieszane. W przypadku wystąpienia *zdarzenia ubezpieczeniowego* w okresie zawieszenia *Umowy* żadne świadczenia nie zostaną wypłacone lub uznane przez *Towarzystwo*. *Ubezpieczony* nie jest zobowiązany do opłacania *składek* w okresie zawieszenia *Umowy*. Jeżeli jednak *Umowa* obowiązywała nieprzerwanie przez przynajmniej trzy kolejne lata od *daty wejścia w życie Umowy* do dnia rozpoczęcia wojny, wówczas nie zostaje ona zawieszona i *Towarzystwo* gwarantuje pełną ochronę ubezpieczeniową.

ARTYKUŁ 14. DODATKOWE WYŁĄCZENIA

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli *zdarzenie ubezpieczeniowe* nastąpiło w wyniku:
 - a) udziału *Ubezpieczonego* w usiłowaniu popełnienia lub popełnieniu przestępstwa, lub innego czynu zabronionego, lub
 - 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.
2. Dodatkowo żadne świadczenia nie zostaną wypłacone z tytułu *groźnej choroby*, śmierci wskutek *NW* i gwarancji opłacania składek, jeżeli *zdarzenie ubezpieczeniowe* jest spowodowane:
 - a) usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczeniem *Ubezpieczonego*, choćby dokonany w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - b) podróżą jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*,
 - c) uprawianiem niebezpiecznych sportów lub zajęć rekreacyjno-sportowych: sportów samochodowych i motorowych lub wspinaczki górskiej,
 - d) niepełnosprawnością fizyczną, zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania,
 - e) radiacją, reakcją jądrową lub skażeniem radioaktywnym,
 - f) działaniem trucizny albo trujących gazów lub oparów.

ARTYKUŁ 15. ZATAJENIE INFORMACJI

1. Jeżeli *Ubezpieczony* podał dane niezgodne z prawdą lub zataił prawdę o okolicznościach, o które zapytywało *Towarzystwo* przy zawieraniu *Umowy*, *Towarzystwo* będzie wolne od odpowiedzialności, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa.
2. Po upływie trzech lat od *daty zawarcia Umowy*, jeżeli ubezpieczenie trwało nieprzerwanie, *Towarzystwo* nie będzie mogło podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.

ROZDZIAŁ VII. WYGAŚNIĘCIE UMOWY



WYJAŚNIENIE: Ubezpieczony ma możliwość rezygnacji z *Umowy* w każdym momencie jej obowiązywania. Powoduje to wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku odstąpienia od *Umowy* w terminie 30 dni od *daty jej zawarcia* nastąpi zwrot wpłaconej składki.

ARTYKUŁ 16. ODSTĄPIENIE OD UMOWY

1. *Ubezpieczony* 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 *Ubezpieczonemu* 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 doręczenia do Towarzystwa* pisemnego oświadczenia *Ubezpieczonego* o odstąpieniu od *Umowy*.

ARTYKUŁ 17. ROZWIĄZANIE UMOWY

Ubezpieczony może w dowolnym momencie obowiązywania *Umowy* wypowiedzieć *Umowę*. Rozwiązanie *Umowy* następuje na podstawie pisemnego wniosku doręzonego *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym*. Rozwiązanie *Umowy* jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.

ARTYKUŁ 18. WYGAŚNIĘCIE UBEZPIECZENIA

1. *Umowa* wygasa w każdym z następujących przypadków:
 - a) w dniu śmierci *Ubezpieczonego* lub
 - b) z *datą wygaśnięcia Umowy*, lub
 - c) z dniem rozwiązania *Umowy* zgodnie z artykułem 17, lub
 - d) w dniu zdiagnozowania *groźnej choroby*, jeżeli nastąpiła wypłata świadczenia z tytułu *groźnej choroby*.
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 19. DODATKOWE ŚWIADCZENIE ZA KONTYNUACJĘ UBEZPIECZENIA

W przypadku dożycia przez *Ubezpiezonego* daty *wygaśnięcia Umowy* i opłacenia wszystkich *składek* należnych do tej daty *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* dodatkowe świadczenie za kontynuację *Umowy*, którego wysokość określona jest w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*. Świadczenie za kontynuację *Umowy* jest wypłacane pod warunkiem, że *Umowa* nie wygaśnie przed *datą wygaśnięcia Umowy*.

W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do świadczenia niezbędne jest przedłożenie przez *Ubezpiezonego* *Towarzystwu* wszystkich dokumentów określonych poniżej:

- wniosku o wypłatę świadczenia potwierdzonego przez uprawnionego przedstawiciela *Towarzystwa*,
- kopii dokumentu tożsamości potwierdzonej notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez upoważnioną osobę w *biurze głównym* *Towarzystwa* albo jego uprawnionym przedstawicielstwie.

ROZDZIAŁ IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

ARTYKUŁ 20. 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 21. NALEŻNOŚCI, OPŁATY, PODATKI

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem *składek* obciążają *Ubezpiezonego* 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 winny 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.).
4. Wszelkie koszty poniesione przez *Towarzystwo*, jako osobę trzecią w związku z postępowaniem egzekucyjnym przeciwko uprawnionemu do świadczenia przewidzianego *Umową*, zostaną pokryte przez uprawnionego do świadczenia.

ARTYKUŁ 22. DORĘCZENIA

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

ARTYKUŁ 23. REKLAMACJE

1. *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* 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 *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 24. 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 *Ubezpieczonym*, *Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpiezonego*, *Uposażonego* lub 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 25. AKTUALIZACJA INFORMACJI

WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych kontaktowych. Zwłaszcza takie dane, jak adres e-mail czy numer telefonu komórkowego ułatwiają kontakt.



1. *Ubezpieczony* jest zobowiązany 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. *Ubezpieczony* 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 *Ubezpieczonego* może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.

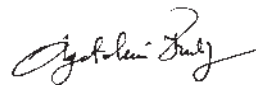
ARTYKUŁ 26. PEŁNOMOCNICTWA

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

Warszawa, 1 stycznia 2016 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., 2016 PEANUTS © 2016 Peanuts Worldwide

MetLife®

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