

Pakiet na Życie OK

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9018KW17 (OWU)

MetLife®

Informacja dotycząca Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Pakiet na Życie OK”

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 7
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 1 ust. 3), 13), 18), 22) art. 5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NR 9018KW17 (OWU)

Szanowni Państwo,

w ramach umieszczonych w treści OWU pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najistotniejszych zagadnień, które nie stanowią treści OWU, pełnią jedynie funkcję informacyjną.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kwestie dotyczące bezpośrednio umowy ubezpieczenia, które są kluczowe według postanowień prawa.

WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.

PRZYKŁADY

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

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) mają zastosowanie do Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Pakiet na Życie OK” zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy Ubezpieczenia.

ARTYKUŁ 1. DEFINICJE

- 1) **Agent** – Capital Service S.A. z siedzibą w Ostrołęce przy ul. Korczaka 73, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego jako agent ubezpieczeniowy w imieniu i na rzecz Towarzystwa, wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000407127, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Krajowego Rejestru Sądowego,
- 2) **Aktywność zawodowa** – świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej. Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby czasowo nieświadczące pracy lub usług na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy lub przebywające na urloпах macierzyńskich, dodatkowych urloпах macierzyńskich, urloпах rodzicielskich, urloпах ojcowskich, urloпах na prawach urloпу macierzyńskiego lub płatnych urloпах wypoczynkowych,
- 3) **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczającego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę,
- 4) **Dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia** – dzień, w którym nastąpiło podpisanie przez Ubezpieczającego wypełnionego i zaakceptowanego przez Agenta w imieniu Towarzystwa egzemplarza SUU,
- 5) **Nieopieczalność** – utrata przez Ubezpieczającego możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu o całkowitym lub częściowym ubezwłasnowolnieniu Ubezpieczającego,
- 6) **Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli Ubezpieczającego, 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 ani Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym w rozumieniu niniejszych OWU.

- 7) **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny (NW komunikacyjny)** – nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym u Ubezpieczającego stanem chorobowym, które miało miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, niezależne od woli Ubezpieczającego podróżującego w charakterze kierowcy lub pasażera Pojazdem lub Środkiem transportu publicznego będącym w ruchu, rezultatem którego jest uszkodzenie ciała Ubezpieczającego. Pod pojęciem NW komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest uszkodzenie ciała Ubezpieczającego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczający poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd lub środek transportu publicznego będący w ruchu,
- 8) **Okres ochrony** – okres obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczającemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia przez Towarzystwo, za który Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki,

wynoszący dwanaście miesięcy, przy czym Okres ochrony rozpoczyna się w dniu następującym po dniu zapłaty Składki i kończy się z upływem dnia odpowiadającego dacie opłacenia Składki, w dwunastym miesiącu, a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca,

PRZYKŁAD: Jeśli Okres ochrony wynosi 12 miesięcy, a Ubezpieczający zawarł Umowę Ubezpieczenia oraz opłacił składkę 3 stycznia, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej to 4 stycznia, natomiast ostatni dzień obowiązywania ochrony to 3 stycznia następnego roku.

Jeśli Okres ochrony wynosi 12 miesięcy, a Ubezpieczający zawarł Umowę Ubezpieczenia oraz opłacił składkę 29 lutego, dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej to 1 marca, natomiast ostatni dzień trwania ochrony to 28 lutego następnego roku.

- 9) **Pojazd** – pojazd z własnym napędem, posiadający silnik, przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby niniejszych OWU do definicji Pojazdu włącza się także pojazdy szynowe, takie jak: lokomotywy, wagony do przewozu osób, elektryczne zespoły trakcyjne, pojazdy do utrzymania nawierzchni i podtorza kolejowego oraz sieci trakcyjnej oraz inne pojazdy poruszające się po szynach napędzane umieszczonym na nich silnikiem,
- 10) **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia kierowane do Towarzystwa, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo lub jego działalności,
- 11) **Składka** – kwota określona w SUU, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu w Okresie ochrony. Składka płatna jest z góry za cały Okres ochrony,
- 12) **Suma ubezpieczenia** – kwota, która określa maksymalne zobowiązanie Towarzystwa w przypadku zajścia określonego Zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazana w SUU,
- 13) **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Towarzystwo zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczającego (dalej także „SUU”),
- 14) **Śmierć wskutek NW / NW komunikacyjnego** – śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku / Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego i której bezpośrednią i wyłączną przyczyną były fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku / Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego,
- 15) **Środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób,
- 16) **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, 00-450, ul. Przemysłowa 26, wpisane do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego,
- 17) **Trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczającego do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej przychód lub wynagrodzenie, powstała w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku,
- 18) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawarła z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia i zobowiązana jest do opłacenia Składki oraz której życie lub zdrowie jest przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tej Umowy Ubezpieczenia, przy czym – w rozumieniu Umowy Ubezpieczenia – oznacza jednocześnie Ubezpieczonego,
- 19) **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Pakiet na Życie OK” zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, SUU oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Towarzystwa, załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną całość,
- 20) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczającego na piśmie jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego. Jeśli Ubezpieczający nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek Ubezpieczającego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczającego. W przypadku braku małżonka i dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczającego. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczającego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczającym,
- 21) **Wojna** – zorganizowana walka zbrojna między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi, lub operacje wojenne, lub inwazja, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojna domowa, rebelia, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub obłężenie, ogłoszenie lub wypowiedzenie stanu wojennego albo wojny,
- 22) **Zdarzenia ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczającego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW, śmierć Ubezpieczającego w wyniku NW komunikacyjnego, Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczającego.

ARTYKUŁ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiotem niniejszego Ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczającego.

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

1. Zakres ochrony Umowy Ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - śmierć Ubezpieczającego,
 - śmierć Ubezpieczającego w wyniku NW,
 - śmierć Ubezpieczającego w wyniku NW komunikacyjnego,
 - Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczającego.
2. Świadczenie na wypadek **śmierci Ubezpieczającego:**
W przypadku śmierci Ubezpieczającego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tego tytułu, wskazanej w SUU.
3. Świadczenie na wypadek **śmierci Ubezpieczającego w wyniku NW:**
Dodatkowo, w przypadku śmierci Ubezpieczającego wskutek NW, poza świadczeniem, o którym mowa w ust. 2 powyżej, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego wskutek NW, wskazanej w SUU.
4. Świadczenie na wypadek **śmierci Ubezpieczającego w wyniku NW komunikacyjnego:**
Dodatkowo, w przypadku śmierci Ubezpieczającego wskutek NW komunikacyjnego poza świadczeniami, o których mowa w ust. 2 i 3 powyżej, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego wskutek NW komunikacyjnego, wskazanej w SUU.
5. Świadczenie na wypadek **Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczającego:**
 - a) W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo wystąpienia Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczającego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w SUU. Świadczenie jest należne, jeżeli w dniu diagnozy Choroby lub wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, które spowodowały Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczającego, Ubezpieczający był objęty Ubezpieczeniem oraz był Aktywny zawodowo, z zastrzeżeniem przypadku określonego w ust. 5b) poniżej.
 - b) W przypadku Ubezpieczających, którzy w dniu diagnozy Choroby lub wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, powodujących Trwałą niezdolność do pracy, mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli Aktywni zawodowo, za Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczającego uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń będących wynikiem NW, polegających na:
 - całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - stracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej stracie mowy, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie obu nóg, lub
 - całkowitej stracie obu stóp, lub
 - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny dolnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).
 - c) Od daty Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy Choroby do momentu uznania, iż spowodowały one Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczającego, musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, jednak w przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w ust. 5b) powyżej Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczającego zostaje stwierdzona z datą Nieszczęśliwego wypadku, a warunkiem dotyczącym upływu okresu 6 miesięcy nie stosuje się.

ARTYKUŁ 3. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA, OKRES OCHRONY ORAZ WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczeniem może być objęta każda osoba fizyczna, która w Dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 75 lat i jest obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, mającym miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Osoba, która spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęta ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia Składki.
3. Dany Ubezpieczający może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu nie więcej niż jednej Umowy Ubezpieczenia „Pakiet na Życie OK”.
4. Z zastrzeżeniem warunków określonych w ust. 1 i 2 powyżej, w stosunku do danego Ubezpieczającego Okres ochrony rozpoczyna się w dniu następującym po dniu zapłaty Składki i kończy się w przypadku zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z końcem Okresu ochrony, za który została opłacona Składka,
 - 2) z końcem dnia, w którym Towarzystwo otrzymało pisemne oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia,
 - 3) w dniu śmierci Ubezpieczającego,
 - 4) w przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy i następującej po nim wypłacie świadczenia z tego tytułu – w dniu diagnozy Choroby lub wystąpienia NW, które doprowadziły do stwierdzenia Trwałej niezdolności do pracy,
 - 5) Ubezpieczający został w Okresie ochrony uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu Niepoczytalności,
 - 6) Ubezpieczający wstąpił lub został powołany do łądowych, powiatowych lub morskich sił zbrojnych albo do oddziałów pomocniczych lub cywilnych działających w strukturach armii jakiegokolwiek kraju będącego w stanie wojny – z dniem wybuchu lub ogłoszenia stanu Wojny.
 W przypadkach określonych w ust. 2), 5) i 6) powyżej Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę za niewykorzystany Okres ochrony.
5. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczającym, który jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (zwaną dalej „PEP”) w rozumieniu ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t.j. Dz.U. z 2014 r. Nr 46, poz. 455 z późn. zm.), następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd lub Członka Zarządu Towarzystwa lub osobę wyznaczoną przez Zarząd Towarzystwa lub Członka Zarządu Towarzystwa.
6. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia, w przypadku gdy Ubezpieczający jest PEP, jest dzień następujący po dniu wyrażenia pisemnej zgody przez Zarząd lub Członka Zarządu Towarzystwa, lub osobę wyznaczoną przez Zarząd lub Członka Zarządu Towarzystwa, na zawarcie Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki przez Ubezpieczającego w terminie wymagalności.

ARTYKUŁ 4. OPŁACANIE SKŁADEK

1. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego jednorazowo, z góry za Okres ochrony, w wysokości wskazanej w SUU.
2. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości świadczeń z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, w tym wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa, Okresu ochrony, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku osób uprawnionych do zawarcia Umowy Ubezpieczenia, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia.

ARTYKUŁ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1. Wypłata świadczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie dokonana, jeżeli śmierć lub Trwała niezdolność do pracy nastąpiły na skutek:
 - 1) choroby zdiagnozowanej lub leczonej w ciągu pierwszych 24 miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę rozpoczęcia Okresu ochrony i będącej przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia Okresu ochrony,
 - 2) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zżywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było przyczyną danego Zdarzenia ubezpieczeniowego,

- 3) Wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - 4) samobójstwa, popełnionego w ciągu 2 lat od Daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 5) samookaleczenia Ubezpieczającego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - 6) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczającego oraz świadomego udziału Ubezpieczającego w dowolnym działaniu przestępczym.
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczającego nastąpiła na skutek:
- 1) nieudanej próby samobójstwa Klienta, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od Daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, w tym nerwice (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10),
 - 3) niesprawności stwierdzonej na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych.

ARTYKUŁ 6. ODSTĄPIENIE LUB WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo zarówno do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od Dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, jak również ma prawo do wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia w całym okresie jej obowiązywania.
2. Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku przekazanego Agentowi lub bezpośrednio Towarzystwu.
3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, powinno zawierać co najmniej: imię i nazwisko Ubezpieczającego, numer PESEL oraz numer SUU.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczenie kończy się w dniu, w którym wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia zostało złożone Towarzystwu lub Agentowi przez Ubezpieczającego.
5. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od Dnia jej zawarcia, Towarzystwo dokona zwrotu Ubezpieczającemu, za pośrednictwem Agenta, całości Składki. W przypadku odstąpienia uznaje się, że Ubezpieczający nie był objęty ochroną.
6. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia po upływie 30 dni od Dnia jej zawarcia, Towarzystwo dokona zwrotu Ubezpieczającemu, za pośrednictwem Agenta, części Składki za niewykorzystany Okres ochrony. Wartość Składki do zwrotu wyliczana jest zgodnie ze wzorem poniżej:

$$R = SP \cdot (Dt/Dn),$$

gdzie:

R – Składka podlegająca zwrotowi

SP – Składka jednorazowa

Dt – liczba dni pozostała do końca Okresu ochrony, za jaki opłacono Składkę

Dn – liczba dni Okresu ochrony, za jakie zapłacono Składkę.

ARTYKUŁ 7. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W celu ustalenia prawa do świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu odpowiednio dokumentów określonych poniżej:
 - a) w przypadku wystąpienia **Trwałej niezdolności do pracy** Ubezpieczającego:
 - w przypadku osób Aktywnych zawodowo:
 - a) orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
 - b) potwierdzenia Aktywności zawodowej (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu, kopia stosownej umowy cywilnoprawnej) Ubezpieczającego w dniu diagnozy Choroby lub wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, które spowodowały Trwałą niezdolność do pracy,
 - c) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Trwałej niezdolności do pracy,
 - d) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie,
 - e) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Trwała niezdolność do pracy jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - f) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - g) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczającego;

- w przypadku osób, które nie były Aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia:
 - a) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczającego,
 - b) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, potwierdzających, że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - d) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczającego;
- b) w przypadku **śmierci** Ubezpieczającego, **śmierci w wyniku NW** oraz **śmierci w wyniku NW komunikacyjnego**:
 - a) kopii odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczającego,
 - b) kopii statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - c) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli śmierć Ubezpieczającego nastąpiła w wyniku NW lub NW komunikacyjnego,
 - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć Ubezpieczającego jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - e) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - f) kopii dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.

Jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, Towarzystwo poinformuje o tym niezwłocznie. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania oryginałów dokumentów lub poświadczonych kopii dokumentów. Uprawnienia do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają: notariusz, osoby upoważnione w biurze głównym Towarzystwa, uprawniony pracownik Agenta, poświadczający dokument pieczętą firmową, imienną z zajmowanym stanowiskiem oraz podpisem lub organ wydający dokument.

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)
- **poczta elektroniczna** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 52 64 (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.

2. Jeżeli zdarzenie 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 – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia prześle osobie zgłaszającej roszczenie odpowiedni, wyżej wymieniony formularz i poinformuje o wymaganych dokumentach.

WAŻNE: Prosimy o możliwie szybkie powiadomienie Towarzystwa o zaistniałym wypadku. Przesłanie do Towarzystwa wypełnionego formularza i dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia oraz odpowiedzialności Towarzystwa.

4. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz zasięgania 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.

Pakiet na Życie OK

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 8. BADANIE LEKARSKIE

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczającego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo. Ubezpieczający jest zobowiązany na koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi, jeżeli jest to niezbędne w celu podjęcia przez Towarzystwo decyzji w przedmiocie zasadności lub wysokości roszczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu Umowy Ubezpieczenia zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

ARTYKUŁ 9. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

1. Ubezpieczający ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez doręczenie do Towarzystwa oświadczenia w formie pisemnej.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczającego,
 - b) nr SUU,
 - c) imię i nazwisko Uposażonego,
 - d) datę urodzenia Uposażonego,
 - e) adres zamieszkania Uposażonego,
 - f) udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego.
3. W przypadku braku wskazania procentowego udziału lub jeśli łączny udział procentowy nie sumuje się do 100%, świadczenia zostaną wypłacone Uposażonym w równych częściach.
4. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie Uposażonego świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 7 poniżej.
5. Aktualizacja lub zmiana Uposażonego następuje pod warunkiem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
6. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczającego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczającego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
7. W przypadku braku Uposażonych uprawnionych do świadczenia świadczenie otrzyma małżonek Ubezpieczającego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczającego w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczającego w częściach równych. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczającego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczającym.

WAŻNE: Uposażonego wskazuje Ubezpieczający. Uposażonym może być dowolna osoba. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczającego nie podlega podatkowi od spadków i darowizn.

ARTYKUŁ 10. REKLAMACJE I MEDIACJA

1. Ubezpieczający, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie na adres siedziby Towarzystwa: MetLife TUNŻIR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - 2) elektronicznie na adres e-mail: kontakt@metlife.pl,
 - 3) telefonicznie pod numerem +48 22 523 52 64 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - 4) osobiście w siedzibie Towarzystwa.
2. Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 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 ust. 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.

WAŻNE: Termin 60 dni na odpowiedź Towarzystwa ws. Reklamacji dotyczy tylko sytuacji, w których zebranie brakujących informacji lub ustalenie dodatkowych okoliczności jest niezbędne dla wyjaśnienia sprawy. Towarzystwo będzie informowało o wydłużeniu terminu.

4. O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Towarzystwo w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
5. „Polityka rozpatrywania Reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.
6. Osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia 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 11. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych OWU a postanowieniami SUU rozstrzygają postanowienia SUU.

ARTYKUŁ 12. 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 Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili 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 2011 r. Nr 74, poz. 397 j.t. z późn. zm.).

ARTYKUŁ 13. DORĘCZENIA

1. O ile co innego nie wynika z postanowień OWU, zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego lub Uposażonego związane z Umową Ubezpieczenia powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
2. Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczającego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego lub Uposażonego, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
3. Wszelkie oświadczenia i korespondencję przekazane Agentowi w formie pisemnej, w związku z Umową Ubezpieczenia zawartą na podstawie niniejszych OWU, uznaje się za doręczone Towarzystwu.

ARTYKUŁ 14. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU, SPRAWOZDANIA

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy Ubezpieczenia lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Uposażonym, uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia, spadkobiercą Ubezpieczającego lub spadkobiercą uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Uposażonego, uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczającego 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 Ubezpieczającym zastosowanie ma język polski.

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

ARTYKUŁ 15. AKTUALIZACJA INFORMACJI

1. Ubezpieczający 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. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego informowania Towarzystwa o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu poprzez złożenie oświadczenia wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie jego podpisem. Złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez Ubezpieczającego może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.

Warszawa, 13 marca 2017 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

Capital Service S.A. właściciel marki KredytOK

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 52 64
© MetLife TUNŻiR S.A., 2017

MetLife®

MetLife TUNŻiR S.A.

ul. Przemysłowa 26

00-450 Warszawa

e-mail: kontakt@metlife.pl

www.metlife.pl