

Ogólne Warunki Ubezpieczenia („OWU”) Nr 9930ST16



MetLife®

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	§13
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§1 ust. 3, 11, 16 §2 ust. 2 §10 §12

Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pożyczkobiorców Nr 9930ST16

§1. Definicje

- Agent** – agent ubezpieczeniowy AIKON FINANSE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu wykonujący czynności agencyjne w imieniu i na rzecz Towarzystwa związane z realizacją niniejszej Umowy.
- Aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub świadczenie pracy w miejscu pracy lub innym miejscu wskazanym przez pracodawcę. Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby przebywające na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich oraz płatnych urlopach wypoczynkowych.
- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego.
- Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia** – oświadczenie woli składane Towarzystwu za pośrednictwem Agenta przez Klienta, potwierdzające chęć przystąpienia do Ubezpieczenia, stanowiące załącznik do Umowy pożyczki.
- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła z Ubezpieczającym umowę pożyczki lub osoba fizyczna wskazana przez osobę prawną będącą stroną Umowy pożyczki z Ubezpieczającym.
- Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat pożyczki sporządzony przez strony Umowy pożyczki w dniu jej zawarcia.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia pobyt w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego.
- Napaść** – każdy akt agresji skierowany przeciwko osobie, w tym napadnięcie na osobę i wystąpienie zaczepne przeciwko osobie, potwierdzone właściwym protokołem z policji.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy.
- Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
- Poważna Choroba** – choroba lub schorzenie, określone w §8 ust. 1 pkt 1)-4) OWU oraz zabieg operacyjny określony w §8 ust. 1 pkt 5)-6) OWU.
- 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.
- Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu na podstawie Umowy.
- Szpital** – działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich

- leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych oraz wykonywania zabiegów chirurgicznych i zatrudniający zawodowy, wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.
- Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
 - Trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej przychód lub wynagrodzenie.
 - Ubezpieczający** – Wielkopolska Spółdzielcza Kasa Oszczędnościowo-Kredytowa z siedzibą w Poznaniu.
 - Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie niniejszej Umowy.
 - Ubezpieczony** – Klient, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem.
 - Umowa** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pożyczkobiorców „Ubezpieczenie spłaty zadłużenia” zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
 - Umowa pożyczki** – umowa o pożyczkę zawierana pomiędzy Klientem i Ubezpieczającym.
 - Uposażony** – osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczającego, której wypłacane jest świadczenie w razie zgonu Ubezpieczonego.
 - Uprawniony** – Ubezpieczony lub osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczeń wynikających z Umowy, w przypadku wystąpienia Zdarzeń ubezpieczeniowych innych niż zgon Ubezpieczonego.
 - Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
 - Zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego, stwierdzenie Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, diagnoza zachorowania na Poważną Chorobę bądź przebieg leczenia operacyjnego Ubezpieczonego.

§2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

- Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
- Z zastrzeżeniem warunków określonych w §3 Klienci mogą przystąpić do Ubezpieczenia w ramach jednego spośród trzech pakietów: **Pakietu A** lub **Pakietu B**, lub **Pakietu C**. Zakres Ubezpieczenia w ramach pakietów obejmuje:
 - Pakiet A:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego;
 - Pakiet B:

- a) Śmierć Ubezpieczonego,
 - b) Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - c) Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
- 3) Pakiet C:
- a) Śmierć Ubezpieczonego,
 - b) Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - c) Poważną Chorobę Ubezpieczonego.

§3. Kwalifikacja

1. Każdy Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli ukończył 18 lat i:
 - 1) w przypadku Ubezpieczenia w ramach Pakietu A lub Pakietu B: nie ukończył 75 lat w dniu zakończenia Umowy pożyczki zgodnie z Harmonogramem,
 - 2) w przypadku Ubezpieczenia w ramach Pakietu C: nie ukończył 65 lat w dniu zakończenia Umowy pożyczki zgodnie z Harmonogramem.
2. Ubezpieczeniem może zostać objęty Klient, który spełnia wymogi podane w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz podpisał Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia. W przypadku stwierdzenia, że Klient podał nieprawdziwe informacje lub wprowadził w błąd co do spełnienia przez niego wymogów przystąpienia do Ubezpieczenia określonych w Umowie, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w ciągu trzech lat od Daty rozpoczęcia Ubezpieczenia, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu opłacone za danego Ubezpieczonego Składki w pełnej wysokości.

§4. Data rozpoczęcia, okres trwania i zakończenie Ubezpieczenia

1. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia dla indywidualnego Klienta jest późniejsze ze zdarzeń:
 - 1) dzień następujący po dniu zawarcia Umowy pożyczki z Ubezpieczającym,
 - 2) dzień otrzymania przez Agenta Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki w terminie wymagalności.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się w dniu wystąpienia jednej z określonych poniżej okoliczności:
 - 1) upływu okresu, za który została opłacona Składka,
 - 2) śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) stwierdzenia stanu Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego zgodnie z §7,
 - 4) rozwiązania lub odstąpienia od Umowy pożyczki przez Ubezpieczonego,
 - 5) odstąpienia lub rezygnacji z Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego zgodnie z §5,
 - 6) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa pożyczki.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Poważnej Choroby oraz z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku kończy się po upływie 60 miesięcy od daty rozpoczęcia udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej w tym zakresie.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub zaistnienia w stosunku do danego Ubezpieczonego Trwałej niezdolności do pracy Towarzystwo zobowiązane jest łącznie do wypłaty tylko jednego świadczenia, bez względu na liczbę zaistniałych Zdarzeń ubezpieczeniowych.

§5. Odstąpienie i rezygnacja z Ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo zarówno do odstąpienia od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od Daty rozpoczęcia Ubezpieczenia, jak również do rezygnacji z Ubezpieczenia w dowolnym momencie jego trwania.
2. W przypadku rezygnacji z Ubezpieczenia po 30 dniach od Daty rozpoczęcia Ubezpieczenia lub wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia od Umowy pożyczki przed upływem terminu, na jaki została ona zawarta, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu część Składki za niewykorzystany okres Ubezpieczenia. Ubezpieczenie, w stosunku do Ubezpieczonego, wygaśnie z upływem dnia, w którym Agent otrzymał pisemne oświadczenie o rezygnacji Ubezpieczonego, a w przypadku rezygnacji przesłanej pocztą – decyduje data stempla pocztowego. Oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia powinno zawierać imię, nazwisko oraz numer PESEL Ubezpieczonego, numer Umowy 9930 oraz numer Umowy pożyczki. Ubezpieczony składa rezygnację w formie pisemnej Agentowi na adres:
AIKON FINANSE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Bułgarska 14
60-321 Poznań
3. W przypadku odstąpienia Ubezpieczonego od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od Daty rozpoczęcia Ubezpieczenia całość Składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu.
4. W przypadku rezygnacji z Ubezpieczenia (po 30 dniach od Daty rozpoczęcia Ubezpieczenia) część Składki za niewykorzystany okres Ubezpieczenia zostanie zwrócona Ubezpieczającemu zgodnie ze wzorem:
 $Szw = (Sp / N) \times K$, gdzie:
Szw – część Składki do zwrotu
Sp – Składka wpłacona
N – okres Ubezpieczenia w dniach (zgodnie z Harmonogramem)
K – liczba dni niewykorzystanego Ubezpieczenia
5. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty zakończenia Ubezpieczenia.

§6. Płatność świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie okresu Ubezpieczenia świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, o której mowa w §10 ust. 1, jest wypłacane Uposażonemu.

§7. Płatność świadczenia w przypadku Trwałej niezdolności do pracy

1. W przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego należne świadczenie równe

Sumie ubezpieczenia obliczonej na dzień Nieszczęśliwego wypadku bądź diagnozy Choroby będącej przyczyną niezdolności do pracy jest wypłacane zgodnie ze wskazaniami dokonanymi w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.

2. Warunkiem wypłaty świadczenia jest uzyskanie przez Towarzystwo potwierdzenia, że w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy choroby powodującej niezdolność do pracy Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Umowy oraz był Aktywny zawodowo.
3. W przypadku osób, które w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy choroby powodującej niezdolność do pracy nie były Aktywne zawodowo (np. emeryci, renciści, bezrobotni, studenci) bądź miały ukończony 65 rok życia, za Trwałą niezdolność do pracy uważa się inwalidztwo polegające na utracie:
 - 1) wzroku w obu oczach lub
 - 2) przynajmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5 stwierdzenie Trwałej niezdolności do pracy następuje nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoczęcia choroby powodującej niezdolność do pracy.
5. Stwierdzenie Trwałej niezdolności do pracy następuje niezwłocznie w przypadku:
 - 1) utraty wzroku w obu oczach,
 - 2) utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek,
 - 3) wcześniejszego orzeczenia ZUS.

§8. Płatność świadczenia w przypadku zachorowania na Poważną Chorobę

1. W rozumieniu Umowy poniższe terminy oznaczają:
 - 1) nowotwór – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym);
 - 2) zawał mięśnia sercowego – oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriach, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
 - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - e) frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału;
 - 3) niewydolność nerek – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu z nich, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek lub przebyciem przeszczepu nerki;
 - 4) udar mózgu – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszyły i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - c) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego.
 Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - a) potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
 - b) zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii i komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.
 Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - a) przemijające niedokrwienie mózgu,
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem;
 - 5) Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego – przebiecie, w następstwie objawów duszniczo-bolesnej, operacji z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego do celu likwidacji zwężenia lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów omijających (by-pass), z wyłączeniem przeszczepionej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych;
 - 6) przeszczepienie narządów – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące:
 - a) przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych poprzedzone całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją),
 - b) przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów. Przy czym przeszczepienie każdego z ww. organów traktowane jest jako przeprowadzenie odrębnego leczenia operacyjnego.
 Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych są wykluczone.

2. Świadczenie z tytułu wystąpienia Poważnej Choroby w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, o której mowa w §10, zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy jednej z chorób określonych w ust. 1 punktach 1)-4) niniejszego paragrafu wystąpiły lub odpowiednio przeprowadzenie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w ust. 1 punktach 5) lub 6) niniejszego paragrafu nastąpi lub zostanie zalecone po raz pierwszy nie wcześniej niż po upływie 30 dni i nie później niż w 60 miesiącu od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie obejmującym Poważną Chorobę.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Poważnej Choroby pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez co najmniej 30 dni od daty zdiagnozowania lub rozpoznania jednej z chorób określonych w ust. 1 punktach 1)-4) niniejszego paragrafu lub Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez co najmniej 30 dni od daty przeprowadzenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w ust. 1 punktach 5) lub 6).

4. W okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej świadczenie z tytułu wystąpienia Poważnej Choroby w wysokości równej Sumie ubezpieczenia będzie wypłacone tylko raz w przypadku wystąpienia tej samej choroby określonej w ust. 1 punktach 1)-4) lub w przypadku przeprowadzenia tego samego leczenia operacyjnego zdefiniowanego w ust. 1 punktach 5) lub 6).

§9. Płatność świadczenia w przypadku Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku

1. W razie Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego objętego ochroną w zakresie Pakietu B należy świadczenie, równe Sumie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku, zostanie wypłacone zgodnie ze wskazaniem dokonany w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, pod warunkiem, że:
 - 1) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu i nie później niż w 60 miesiącu, licząc od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie obejmującym Hospitalizację na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały co najmniej 15 następujących po sobie dni.
2. Pierwsze świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku płatne jest za 15 następujących po sobie dni Hospitalizacji, każde kolejne świadczenie płatne jest za pełne 30 dni Hospitalizacji, z zastrzeżeniem zapisów ust. 3, 4 i 5.
3. Maksymalna liczba świadczeń określonych w ust. 2 nie może przekroczyć 6 z tytułu jednej Hospitalizacji i 12 z tytułu wszystkich Hospitalizacji.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

§10. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy jest równa saldu zadłużenia z tytułu Umowy pożyczki na dzień zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jednak nie więcej niż 100.000 (słownie: sto tysięcy) złotych.
2. Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku jest równa miesięcznej racie pożyczki przypadającej na dzień płatności najbliższej raty po dniu rozpoczęcia Hospitalizacji zgodnie z Harmonogramem.
3. Łączna wartość wszystkich świadczeń z tytułu jednej Hospitalizacji nie może przekroczyć kwoty 18.000 (słownie: osiemnastu tysięcy) złotych, a z tytułu wszystkich Hospitalizacji nie może przekroczyć kwoty 36.000 (słownie: trzydziestu sześciu tysięcy) złotych.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnej Choroby jest równa pięciokrotności miesięcznej raty Pożyczki przypadającej bezpośrednio po dniu diagnozy zachorowania na Poważną Chorobę bądź przebiegu leczenia operacyjnego Ubezpieczonego, nie więcej niż 18.000 (słownie: osiemnaście tysięcy) złotych.

§11. Opłacanie Składek

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonych oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
2. Składki płatne są w walucie polskiej w trybie miesięcznym w miesiącu (n) za Ubezpieczonych, dla których ochrona rozpoczęła się w miesiącu poprzednim (n-1).
3. Składka jest uiszczana Towarzystwu przez Ubezpieczającego.

§12. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje śmierci, Trwałej niezdolności do pracy, zachorowania na Poważną Chorobę lub Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku powstałych wskutek:
 - 1) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od daty przystąpienia do Ubezpieczenia;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego dokonanego niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 3) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego;
 - 4) napaści lub usiłowania dokonania napaści przez Ubezpieczonego oraz popełnienia lub próby popełnienia przez Ubezpieczonego dowolnego przestępstwa oraz udziału Ubezpieczonego w jakimkolwiek działaniu przestępczym stwierdzonych prawomocnym wyrokiem sądu;
 - 5) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, używania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, leków używanych na zlecenie lekarza w dawce przekraczającej zaleconą przez lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe (odpowiednio śmierć, Trwała niezdolność do pracy, zachorowanie na Poważną Chorobę lub Hospitalizacja na skutek Nieszczęśliwego wypadku) powstało wskutek choroby lub niepełnosprawności, będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu 3 pierwszych lat od daty rozpoczęcia Ubezpieczenia, które zostały rozpoznane, leczone lub zdiagnozowane przed Dniem rozpoczęcia Ubezpieczenia.
3. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała niezdolność do Pracy wystąpiła wskutek:
 - 1) zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w tym zaburzeń nerwowych;
 - 2) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, używania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza;
 - 3) niesprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych

odczuć niepotwierdzonych żadnymi badaniami laboratoryjnymi, biochemicznymi lub mikrobiologicznymi.

4. Ponadto, świadczenie z tytułu Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważna Choroba wystąpiła wskutek działania trucizny, gazu, gazów palenowych – bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania na Ubezpieczonego.
5. Ponadto, świadczenie z tytułu Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli podstawą Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku były:
 - 1) bóle pleców, krzyża i schorzenia powiązane, chyba, że istnieją wyniki badań radiologicznych potwierdzające powyższe schorzenie;
 - 2) wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem;
 - 3) chirurgia plastyczna lub kosmetyczna, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową;
 - 4) wykonywanie rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - 5) wszelkie zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, w tym zaburzenia nerwowe, leczenie skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu;
 - 6) infekcje powstałe w trakcie Hospitalizacji.

§13. Roszczenia

W razie zgłoszenia roszczenia odpis skrócony aktu zgonu powinien być przekazany w formie oryginału albo kopii poświadczony notarialnie. Pozostałe wymagane dokumenty mogą być przekazane w formie kopii poświadczony przez uprawnionego pracownika Agenta.

1. Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego zgłaszający roszczenie powinien poinformować bezpośrednio Towarzystwo lub za pośrednictwem Agenta o zdarzeniu pisemnie bądź bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Towarzystwa lub Agenta. Towarzystwo lub Agent informuje zgłaszającego o dokumentach niezbędnych do zgłoszenia roszczenia, którymi są:

- 1) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego lub jego kopia poświadczona notarialnie,
- 2) statystyczna karta zgonu lub jakiegokolwiek dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu,
- 3) w przypadku zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – kopia protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu organu prowadzącego sprawę,
- 4) w przypadku zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy.

Dokumenty wraz z wypełnionym i podpisanym „Wnioskiem o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia grupowego” przekazywane są Towarzystwu lub Agentowi, który następnie informuje o tym Ubezpieczającego oraz przekazuje je Towarzystwu.

2. Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego

W przypadku wystąpienia Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego zgłaszający roszczenie powinien poinformować bezpośrednio Towarzystwo lub za pośrednictwem Agenta o zdarzeniu pisemnie bądź bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Towarzystwa lub Agenta. Odpowiednio Towarzystwo lub Agent informuje zgłaszającego o dokumentach niezbędnych do zgłoszenia roszczenia, którymi są:

- 1) orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i Trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
- 2) kopia dowodu aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego, które spowodowało Trwałą niezdolność do pracy,
- 3) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
- 4) kopia protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu organu prowadzącego sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- 5) kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

Dokumenty wraz z wypełnionym i podpisanym „Wnioskiem o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia grupowego” przekazywane są Towarzystwu lub Agentowi, który następnie informuje o tym Ubezpieczającego oraz przekazuje je Towarzystwu.

3. Poważna Choroba Ubezpieczonego

W przypadku Poważnej Choroby Ubezpieczonego zgłaszający roszczenie powinien poinformować bezpośrednio Towarzystwo lub za pośrednictwem Agenta o zdarzeniu pisemnie bądź bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Towarzystwa lub Agenta. Odpowiednio Towarzystwo lub Agent informuje zgłaszającego o dokumencie niezbędnym do zgłoszenia roszczenia, którym jest kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej zachorowanie na Poważną Chorobę, w tym przebiegu operacji. Dokument wraz z wypełnionym i podpisanym „Wnioskiem o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia grupowego” przekazywany jest Towarzystwu lub Agentowi, który następnie informuje o tym Ubezpieczającego oraz przekazuje go Towarzystwu.

4. Hospitalizacja na skutek Nieszczęśliwego wypadku

W przypadku wystąpienia Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego zgłaszający roszczenie powinien poinformować Towarzystwo lub Agenta o zdarzeniu pisemnie bądź bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Towarzystwa lub Agenta. Towarzystwo lub Agent informuje zgłaszającego o dokumentach niezbęd-

nych do zgłoszenia roszczenia, którymi są:

- 1) kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego,
- 2) karta leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający Hospitalizację Ubezpieczonego,
- 3) kopia protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Niez szczęśliwego wypadku,
- 4) kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy. Dokumenty wraz z wypełnionym i podpisanym „Wnioskiem o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia grupowego” przekazywane są Towarzystwu lub Agentowi, który następnie informuje o tym Ubezpieczającego oraz przekazuje je Towarzystwu.

5. Dodatkowe informacje

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Polski wymagane jest przedstawienie kopii dokumentacji przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii lub badań specjalistów.
2. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo pisemnie zawiadamia Uposażonego/Uprawnionego/Ubezpieczającego/Agenta o konieczności uzupełnienia braków w określonym terminie.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. W przypadku pytań dotyczących Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Towarzystwo udostępni nr telefonu 22 523 52 64, pod którym Ubezpieczeni mogą uzyskać informację na temat Ubezpieczenia i zgłaszania roszczeń.

6. Wypłata świadczenia

1. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni, od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności będzie możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie określonym w ust. 1 powyżej.

§14. Reklamacje

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie na adres siedziby Towarzystwa: MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - 2) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - 3) telefonicznie pod numerem +48 22 523 52 64,
 - 4) osobiście w siedzibie Towarzystwa lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej 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.
4. O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Towarzystwo w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
5. „Polityka rozpatrywania Reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.
6. Osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy, może zwrócić się w sprawie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

§15. Podatki

Wszelkie podatki związane z Umową winny 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 (tj. Dz.U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tj. Dz.U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397).

§16. Prawo właściwe, właściwość sądów i dodatkowe informacje dotyczące Towarzystwa

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 lub uprawnionym 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 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.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

MetLife TUnZiR 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 TUnZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 52 64
© MetLife TUnZiR S.A., 2015 PEANUTS © 2015 Peanuts Worldwide

MetLife[®]

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