

# Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne ubezpieczenie na życie pożyczkobiorców  
nr 9937ST16

# MetLife®



Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 8 art. 4 ust. 2
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 7, 18 art. 7 art. 11

Znajdujące się w ramach w treści OWU komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści OWU. Pełnią jedynie funkcję informacyjną.

## POMOC

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

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.

### 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.



## ARTYKUŁ 1. WSTĘP

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

## ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane z dużej litery oznaczają:

- Agent** – Fundusz Mikro Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie wykonujący czynności agencyjne w imieniu i na rzecz Towarzystwa jako agent ubezpieczeniowy na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Towarzystwem.
- Aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej. Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby czasowo nieświadczące pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy albo przebywające na urloпах macierzyńskich, dodatkowych urloпах macierzyńskich, urloпах rodzicielskich, urloпах ojcowskich, urloпах na prawach urloпу macierzyńskiego lub płatnych urloпах wypoczynkowych.
- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
- Data zawarcia Umowy** – data podpisania przez Ubezpieczającego i przez Agenta w imieniu Towarzystwa Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień określonych w art. 5.
- Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający wyraża wolę zawarcia Umowy na warunkach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia i który potwierdza zawarcie Umowy oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego.
- Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat pożyczki sporządzony przez strony Umowy pożyczki w dniu jej zawarcia.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych, pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
- Klient** – osoba fizyczna wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub wspólnik spółki cywilnej, który zawarł Umowę pożyczki z Funduszem Mikro Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie. Każdy Klient może w tym samym czasie posiadać nie więcej niż dwie Umowy zawarte za pośrednictwem Agenta.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagle i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania Ubezpieczenia i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała.
- Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagle i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną przy udziale Pojazdu będącego w ruchu, rezultatem którego jest Uszkodzenie ciała Ubezpieczonego. Pod pojęciem Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest Uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek Pojazd będący w ruchu.

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie pożyczkobiorców nr 9937MA15

- Okres Ubezpieczenia** – okres, na który została zawarta Umowa, wskazany w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, nie dłuższy niż 63 miesiące.
- Pojazd** – rower, urządzenie mechaniczne posiadające silnik, przeznaczone do transportu lądowego lub wszelkie inne urządzenie do transportu wodnego lub lotniczego.
- Podpis wzorcowy** – zawarty w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia podpis Ubezpieczającego stanowiący wzór, z jakim będą porównywane podpisy pod późniejszymi wnioskami i oświadczeniami.
- 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 wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jaką Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj. wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowskiego, w tym szpitale uzdrowskowe, sanatoria.



**WAŻNE:** Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowskowe, sanatoria.

- 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 jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, przy czym w przypadku Ubezpieczonego, który w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy miał ukończony 65. rok życia lub nie był Aktywny zawodowo, za Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego uważa się wyłącznie wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na utracie:
  - wzroku w obu oczach lub
  - przynajmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z Towarzystwem Umowę za pośrednictwem Agenta.
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy. Ubezpieczonym w Umowie może być tylko Ubezpieczający.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy.
- Umowa** – umowa ubezpieczenia, na którą składają się postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Towarzystwa załączone do umowy ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część.
- Umowa pożyczki** – umowa o pożyczkę gotówkową zawierana pomiędzy Klientem a Funduszem Mikro Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.
- Uposażony** – osoba lub podmiot wskazany przez Ubezpieczonego, uprawniony do otrzymania świadczeń z tytułu śmierci Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka i dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.
- Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte Ubezpieczeniem: śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, stwierdzenie Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Hospitalizacja na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

### ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.



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

### ARTYKUŁ 4. ZAKRES OCHRONY

- Zakres Ubezpieczenia**

Zakres Ubezpieczenia uzależniony jest od pakietu wybranego przez Ubezpieczającego i potwierdzonego w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia i obejmuje następujące ryzyka:

  - w ramach pakietu **STANDARD**:
    - śmierć Ubezpieczonego,
    - Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
    - Hospitalizację na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku,
  - w ramach pakietu **EXTRA** zakres Ubezpieczenia obejmuje:
    - śmierć Ubezpieczonego,
    - Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
    - Hospitalizację na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku,
    - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
- Płatność świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**
  - W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie Okresu Ubezpieczenia świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Uposażonemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia określonej w art. 7 ust. 1.
  - W razie śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego poza świadczeniem, o którym mowa w pkt 1) powyżej, Uposażonemu zostanie wypłacone dodatkowe świadczenie, równe Sumie ubezpieczenia określonej w art. 7 ust. 1.
- Płatność świadczenia w przypadku Trwałej niezdolności do pracy**
  - W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego należne świadczenie wypłacane jest Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia określonej w art. 7 ust. 1.
  - Od daty Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoczęcia choroby powodującej niezdolność do pracy do czasu uznania jej za trwałą musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Trwała niezdolność do pracy zostaje stwierdzona natychmiast i wyżej wymieniony okres 12 miesięcy nie obowiązuje.
- Płatność świadczenia w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku**
  - W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku należne świadczenie, w wysokości określonej w art. 7 ust. 2, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu pod warunkiem, że:
    - Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby, która ujawniła się lub Uszkodzenia Ciała, które powstało po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
    - Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji:
      - w przypadku osób objętych Ubezpieczeniem w ramach pakietu **STANDARD**: co najmniej 30 pełnych następujących po sobie dób,
      - w przypadku osób objętych Ubezpieczeniem w ramach pakietu **EXTRA**: co najmniej 14 pełnych następujących po sobie dób.
  - W przypadku osób, które w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji mają ukończony 65. rok życia, ochrona ograniczona jest do Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
  - Pierwsze świadczenie z tytułu Hospitalizacji płatne jest:
    - w przypadku osób objętych Ubezpieczeniem w ramach pakietu **STANDARD**: za 30 następujących po sobie dób Hospitalizacji,
    - w przypadku osób objętych Ubezpieczeniem w ramach pakietu **EXTRA**: za 14 następujących po sobie dób Hospitalizacji w kwocie równej Sumie ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji określonej w art. 7 ust. 2.
  - Każde następne świadczenie płatne jest za każde następujące po sobie 30 dób Hospitalizacji z zastrzeżeniem zapisów ust. 4 pkt 5) i 6), w kwocie równej Sumie ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji określonej w art. 7 ust. 2.
  - Maksymalna liczba świadczeń, o których mowa w art. 7 ust. 2, nie może przekroczyć 6 z tytułu jednego zdarzenia i 12 z tytułu wszystkich zdarzeń.
  - Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi zdarzeniami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

**ARTYKUŁ 5. ZAWARCIE UMOWY, OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA**

- Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Klient, który spełnia łącznie poniższe warunki:
  - ukończył 18 lat w Dacie zawarcia Umowy,
  - wiek Ubezpieczonego w dniu zakończenia Okresu Ubezpieczenia nie przekroczy 70. roku życia.
- W przypadku stwierdzenia w terminie trzech lat od Daty zawarcia Umowy, iż Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał nieprawdziwe informacje lub zawarł Umowę mimo niespełnienia przez niego wymogów określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia jest późniejsza z następujących dat:
  - następny dzień po Dacie zawarcia Umowy,
  - data opłacenia Składki,
 z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
- Jeżeli Ubezpieczający jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (zwaną dalej „PEP”) w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, Umowa nie zostaje zawarta na skutek podpisania przez Ubezpieczającego i Agenta Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i opłacenia Składki, zza ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się. Zawarcie Umowy z Ubezpieczającym będącym PEP następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd lub Członka Zarządu Towarzystwa. Ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego będącego PEP rozpoczyna się w dniu wystąpienia najpóźniejszego ze zdarzeń:
  - następnego dnia po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd lub Członka Zarządu Towarzystwa,
  - w dacie opłacenia Składki.

**ARTYKUŁ 6. OPŁACANIE SKŁADEK**

- Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, Okresu Ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonego oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
- Składka płatna jest za cały Okres Ubezpieczenia z góry.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty Towarzystwu Składki w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Datą opłacenia Składki jest dzień przekazania Składki Agentowi przez Ubezpieczającego.

**ARTYKUŁ 7. SUMA UBEZPIECZENIA**

- Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci, śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego jest równa ilorazowi mniejszej z wartości:
  - początkowej kwocie pożyczki z Umowy pożyczki powiększonej o opłatę administracyjną, opłatę za udzielenie pożyczki, opłatę za usługę Opieka Prawna oraz Składkę,
  - 250 000 (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy) złotych
 i łącznej liczby Klientów, którzy zawarli Umowę w ramach jednej Umowy pożyczki.
- Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji jest równa ilorazowi mniejszej z wartości:
  - miesięcznej raty pożyczki zgodnie z Harmonogramem Umowy pożyczki,
  - 4 000 (słownie: czterech tysięcy) złotych
 i łącznej liczby Klientów, którzy zawarli Umowę w ramach jednej Umowy pożyczki.
- W ramach jednej Umowy z tytułu śmierci (z wyłączeniem śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego) oraz Trwałej niezdolności do pracy może być wypłacone nie więcej niż jedno świadczenie ubezpieczeniowe, niezależnie od liczby Zdarzeń ubezpieczeniowych, zgodnie z kwotą określoną w ust. 1 powyżej.

**ARTYKUŁ 8. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

- Podstawą rozpatrywania roszczeń jest przedstawienie dokumentów wskazanych w niniejszym artykule. Odpis skrócony aktu zgonu powinien być przekazany w formie oryginału lub kopii poświadczonej notarialnie. Pozostałe wymagane dokumenty powinny być przekazywane Towarzystwu w formie oryginału, kopii poświadczonych notarialnie lub kopii potwierdzonej przez Agenta. Zgłaszający roszczenie może żądać zwrotu oryginału dokumentu po przedłożeniu go Towarzystwu w sposób umożliwiający potwierdzenie kopii dokumentu za zgodność z oryginałem.

**1) Śmierć Ubezpieczonego**

W przypadku śmierci Ubezpieczonego osoba zgłaszająca roszczenie kontaktuje się bezpośrednio z Towarzystwem lub za pośrednictwem Agenta pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w siedzibie Towarzystwa lub Agenta lub telefonicznie w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia. Na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie Towarzystwo lub Agent przesyła pocztą na wskazany adres odpowiedni wniosek o wypłatę świadczenia, który po uzupełnieniu wraz z:

- odpisem skróconym aktu zgonu Ubezpieczonego,
- kopią statystycznej karty zgonu lub jakimkolwiek dokumentem medycznym potwierdzającym przyczynę zgonu,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podaniem nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,
- kopią dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia,

należy odesłać na adres Towarzystwa lub Agenta.

Agent po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.

**2) Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego**

W przypadku Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego osoba zgłaszająca roszczenie kontaktuje się bezpośrednio z Towarzystwem lub za pośrednictwem Agenta lub telefonicznie w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia. Na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie Towarzystwo lub Agent przesyła pocztą na wskazany adres odpowiedni wniosek o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu wraz z dokumentami:

– **w przypadku osób Aktywnych zawodowo:**

- orzeczeniem lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
- kopią dowodu prowadzenia Aktywności zawodowej (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu, kopia stosownej umowy cywilnoprawnej lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) przez Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia, które spowodowało Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
- kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
- kopią dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazaniem nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadziła postępowanie w sprawie, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Trwała i całkowita niezdolność do pracy jest związana z wypadkiem przy pracy,
- wnioskiem o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
- kopią dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,

– **w przypadku osób, które w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego mają ukończony 65. rok życia lub nie są Aktywne zawodowo:**

- kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
- kopią dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazaniem nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadziła postępowanie w sprawie, potwierdzających, że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- wnioskiem o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
- kopią dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,

należy odesłać na adres Agenta.

Agent po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.

**3) Hospitalizacja Ubezpieczonego**

W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego osoba zgłaszająca roszczenie kontaktuje się bezpośrednio z Towarzystwem lub za pośrednictwem Agenta w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia. Na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie Towarzystwo lub Agent przesyła pocztą na wskazany adres

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie pożyczkobiorców nr 9937MA15

odpowiedni wniosek o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu wraz z:

- kopią dokumentacji medycznej Ubezpieczonego,
- kartą leczenia szpitalnego lub innym dokumentem potwierdzającym Hospitalizację Ubezpieczonego,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podaniem nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy,
- kopią dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,

należy odesłać na adres Towarzystwa lub Agenta.

Agent po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.

**WYJAŚNIENIE:** Roszczenie o wypłatę świadczenia można zgłosić w jeden z poniższych sposobów:  
**za pośrednictwem Agenta:**

- w siedzibie Funduszu Mikro Sp. z o.o. w Warszawie przy ul. Rzymowskiego 34 lub w jednej z placówek Funduszu Mikro Sp. z o.o.

**bezpośrednio do Towarzystwa:**

- pocztą elektroniczną – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: [roszczenia@metlife.pl](mailto:roszczenia@metlife.pl)
- telefonicznie – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 52 64
- korespondencyjnie – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Departament Roszczeń MetLife S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa)
- osobiście – w biurze głównym MetLife S.A., przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Towarzystwa na terenie całego kraju.



## 2. Dodatkowe informacje

- 1) W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Polski wymagane jest przedstawienie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
- 2) W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów na koszt Towarzystwa.
- 3) Jeżeli Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo, po uprzednim wezwaniu do uzupełnienia dokumentów w wyznaczonym terminie i bezskutecznym upływie wyznaczonego terminu, może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio zmniejszyć świadczenie.
- 4) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu lub innych organów ścigania, a także do placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkowe informacje celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

## 3. 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 powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni, od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w pkt. 1) powyżej.

## ARTYKUŁ 9. BADANIA MEDYCZNE

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
  - 1) weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
  - 2) przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia zasadności roszczenia i zgodności z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej Umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tej weryfikacji i badań.

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



## ARTYKUŁ 10. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

1. Ubezpieczający ma prawo do wskazania i zmiany Uposażonego przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia podpisanego zgodnie z Podpisem wzorcowym zawartym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
  - imię i nazwisko Ubezpieczonego,
  - nr Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia,
  - imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwa podmiotu),
  - data urodzenia Uposażonego (w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną),
  - adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: siedziba podmiotu),
  - PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony jest osobą prawną: NIP),
  - udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.
3. Zmiana Uposażonego dochodzi do skutku w chwili otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
4. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie tego Uposażonego staje się bezskuteczne.
5. W przypadku braku Uposażonych uprawnionych do świadczenia, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z art. 2 ust. 24.

## ARTYKUŁ 11. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1. Świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć, Trwała niezdolność do pracy lub Hospitalizacja były spowodowane:
  - 1) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lekarstw lub innych środków ograniczających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
  - 2) działaniami wojennymi, rozruchami, stanem wojennym lub aktami terroryzmu,
  - 3) samobójstwem popełnionym w okresie dwóch lat od Daty zawarcia Umowy,
  - 4) samookaleczeniem Ubezpieczonego lub okaleczeniem na jego prośbę przez osobę trzecią, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
  - 5) nadużywaniem lub uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków przez Ubezpieczonego,
  - 6) skażeniem radioaktywnym,
  - 7) usiłowaniem popełnienia lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego.
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała niezdolność do pracy jest spowodowana:
  - 1) zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania lub zaburzeniami nerwicowymi,
  - 2) nieudaną próbą samobójstwa Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, popełnioną w okresie dwóch lat od Daty zawarcia Umowy,
  - 3) niesprawnością stwierdzoną przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych odczuć, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie.
3. Świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja jest spowodowana:
- 4.



- 1) wszelkiego rodzaju chorobami zwyrodnieniowymi kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
- 2) wadami wrodzonymi,
- 3) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą umową,
- 4) wykonywaniem 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) zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania lub zaburzeniami nerwicowymi,
- 6) leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

#### ARTYKUŁ 12. ODSTĄPIENIE LUB WYPOWIEDZENIE UMOWY

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni od Daty jej zawarcia. W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu, za pośrednictwem Agenta, zapłaconą Składkę. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy.
2. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia Umowy w każdym czasie w trakcie jej trwania, po upływie 30 dni od Daty zawarcia Umowy, poprzez złożenie Towarzystwu – bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta – pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy. Umowa, a wraz z nią ochrona ubezpieczeniowa, wygasa z upływem ostatniego dnia miesięcznego okresu trwania Umowy, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Agentowi lub Towarzystwu. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu, za pośrednictwem Agenta, Składkę za niewykorzystany Okres Ubezpieczenia proporcjonalnie do okresu niewykorzystanej ochrony. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty wygaśnięcia Umowy.

**WYJAŚNIENIE:** Ubezpieczony ma możliwość rezygnacji z Umowy w każdym momencie jej trwania. Powoduje to wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej oraz zwrot wpłaconej składki w części dotyczącej niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



#### ARTYKUŁ 13. WYGAŚNIĘCIE UMOWY

1. Umowa wygasa w przypadku wystąpienia pierwszej z określonych poniżej okoliczności:
  - 1) z upływem okresu, za który została opłacona Składka,
  - 2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
  - 3) w dniu stwierdzenia stanu Trwałej niezdolności do pracy u Ubezpieczonego,
  - 4) jeżeli Ubezpieczający nie opłacił Składki – w terminie 30 dni od Daty zawarcia Umowy,
  - 5) z upływem ostatniego dnia miesięcznego Okresu Ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy.

#### ARTYKUŁ 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.

**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.



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. Osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy, może zwrócić się w sprawie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

#### ARTYKUŁ 15. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

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

#### ARTYKUŁ 16. PODATKI

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek obciążają Ubezpieczonego i są uiszczane wraz z odpowiednią składką.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez Towarzystwo.
3. Wszelkie podatki związane z Umową powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w 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 2014 r., poz. 851 j.t. z późn. zm.).

#### ARTYKUŁ 17. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową winny być przekazywane pisemnie do Towarzystwa lub w innej formie zaakceptowanej przez Towarzystwo albo przewidzianej przepisami prawa.
2. Korespondencja do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego lub w innej zaakceptowanej przez strony Umowy formie.

#### ARTYKUŁ 18. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚCI 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.

#### ARTYKUŁ 19. AKTUALIZACJA INFORMACJI

**WAŻNE:** Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych swoich i Uposażonego. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczanie informacji dotyczących Umowy i znacząco usprawni jej obsługę.



1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zmianie swoich danych identyfikacyjnych (między innymi nazwiska,

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie pożyczkobiorców nr 9937MA15

numeru PESEL, adresu), uprzednio przekazanych Towarzystwu oraz dostarczenia do Towarzystwa dokumentów potwierdzających aktualne dane wraz z kserokopią dokumentu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie podpisem.

2. Ubezpieczający będący osobą fizyczną zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania PEP w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez Ubezpieczającego może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zmianie formy prawnej, zakresu prowadzonej działalności oraz zmianie kraju siedziby w celu wykonania przez Towarzystwo obowiązków wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski  
Prezes Zarządu 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 52 64  
© MetLife TUnŻiR S.A., 2015 PEANUTS © 2015 Peanuts Worldwide



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