

# Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie dla posiadaczy limitu w rachunku bieżącym nr 9009ST16 (OWU)



## MetLife®

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 14
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2. ust. 2, 13; art. 17 art. 13

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

## POMOC

Szanowni Państwo, w ramach umieszczonych w treści OWU pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najistotniejszych zagadnień. Mamy nadzieję, że SNOOPY – ambasador marki MetLife przybliży i objaśni Państwu trudne sformułowania użyte w OWU.

### 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.



## ARTYKUŁ 1. WSTĘP

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia 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 2. DEFINICJE

- Agent** – FM Bank PBP Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 39A, 02-672 Warszawa wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 000030330 przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, REGON 010928125, NIP 526-10-21-021; wysokość kapitału zakładowego: 313 237 000,00 zł, wpłacony w całości, wykonująca na podstawie umowy agencyjnej czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Towarzystwa, prowadząca działalność z użyciem nazwy handlowej „Biz Bank”.
- Aktywność zawodowa** – prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej lub wykonywanie obowiązków pracowniczych 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.
- Bank** – FM Bank PBP Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
- Data rozpoczęcia Ubezpieczenia** – dzień następujący po dniu podpisania przez Ubezpieczającego Polisy, z zastrzeżeniem postanowień określonych w art. 4 ust. 1 OWU.
- Klient** – osoba fizyczna będąca stroną Umowy kredytu (osoba prowadząca jednoosobowo działalność gospodarczą lub osoba prowadząca działalność gospodarczą jako wspólnik spółki cywilnej) lub osoba fizyczna wskazana przez Spółkę – wspólnik, członek zarządu lub osoba zajmująca kluczowe stanowisko w Spółce, będącej stroną Umowy kredytu.
- Okres Ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczającego i potwierdzony w Polisie okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej obejmujący pierwsze 12 lub 24 miesiące, liczony od Daty rozpoczęcia Ubezpieczenia.
- Polisa** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Towarzystwo zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego zgodnie z wybranym wariantem.
- Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowane do Towarzystwa, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo lub jego działalności.

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9009ST16 (OWU)

- Składka** – kwota wskazana w Polisie, jaką Ubezpieczający jest zobowiązany wpłacić Towarzystwu za pośrednictwem Agenta z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Spółka** – spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka komandytowo-akcyjna lub spółka z ograniczoną odpowiedzialnością będąca stroną Umowy kredytu.
- Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w Polisie, która określa maksymalne zobowiązania Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia.
- Towarzystwo** – MetLife Pierwsze Amerykańsko-Polskie 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** – Klient, który zawarł z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty Składki.
- Ubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie podlegają ochronie ubezpieczeniowej na podstawie Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
- Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, Polisa oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Towarzystwa załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną całość.
- Umowa kredytu** – Umowa o limit w rachunku bieżącym, oferowany w sieci sprzedaży Banku, zawierana pomiędzy Klientem a Bankiem.
- Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną w ramach Ubezpieczenia: śmierć oraz stwierdzenie Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.

### ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci osobom uprawnionym należne świadczenie ubezpieczeniowe zgodnie z pakietem wybranym przez Ubezpieczonego.



- Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
- Zakres Ubezpieczenia uzależniony jest od wariantu Ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczającego i potwierdzonego przez Towarzystwo w Polisie.
- W ramach pakietu BIZnes Życie zakres Ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.
- W ramach pakietu BIZnes Życie Plus zakres Ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego oraz Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

### ARTYKUŁ 4. KWALIFIKACJA

- Ubezpieczaniem może zostać objęty każdy Klient, który spełnia łącznie poniższe warunki:
  - ukończył 18 lat w Dacie rozpoczęcia Ubezpieczenia,
  - nie ukończy 65. roku życia w dniu zakończenia Okresu Ubezpieczenia, zgodnie z wyborem wskazanym w Polisie,
  - spełnia wymogi dotyczące stanu zdrowia, określone w Polisie.
- Klient, który spełnia wymogi opisane w ust. 1 może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia Składki zgodnie z art. 11.
- W przypadku stwierdzenia, że Klient podał nieprawdziwe informacje lub zawarł Umowę Ubezpieczenia mimo niespełnienia przez niego wymogów określonych w Umowie Ubezpieczenia, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w ciągu trzech lat od dnia podpisania przez Ubezpieczającego Polisy, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składki w pełnej wysokości.

### ARTYKUŁ 5. ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE UBEZPIECZENIA

- Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej oraz art. 4, Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia jest dzień następujący po dniu podpisania Polisy, pod warunkiem opłacenia Składki przez Ubezpieczającego.
- Zawarcie Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczającym, który oświadczył, że 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.
- 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.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu wystąpienia pierwszej z określonych poniżej okoliczności:
  - upływu Okresu Ubezpieczenia, za który została opłaconą Składka,
  - śmierci Ubezpieczonego,
  - w dniu stwierdzenia u Ubezpieczonego stanu Trwałej niezdolności do pracy, zgodnie z art. 9 OWU, pod warunkiem wypłaty świadczenia z tego tytułu w wysokości nie mniejszej niż Suma ubezpieczenia,
  - z upływem ostatniego dnia następnego miesięcznego okresu Ubezpieczenia, przypadającego po okresie Ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia.

### ARTYKUŁ 6. ODSTĄPIENIE I WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, w przypadku, gdy Ubezpieczającym jest osoba fizyczna, natomiast, gdy Ubezpieczającym jest osoba prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą lub wspólnik spółki cywilnej, ma prawo do odstąpienia w terminie 7 dni od daty jej zawarcia. Ubezpieczający ma również prawo do wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia w całym okresie jej trwania.
- Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia następuje na podstawie pisemnego oświadczenia doręczonego Towarzystwu na adres: ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa lub Agentowi na adres: FM Bank S.A., ul. Domaniewska 39A, 02-672 Warszawa lub do dowolnego oddziału Agenta,
- Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej powinno zawierać co najmniej następujące dane: imię i nazwisko Ubezpieczającego, numer PESEL, numer Polisy oraz podpis Ubezpieczającego.
- W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu, za pośrednictwem Agenta, zapłaconą Składkę, w pełnej jej wysokości. Zwrot Składki nastąpi w terminie 60 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem dostarczenia oświadczenia zawierającego dane, o których mowa w ust 3 powyżej – w przeciwnym wypadku termin ten może ulec wydłużeniu.
- Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania, po upływie 30 dni od Daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia (lub po upływie 7 dni, jeśli Ubezpieczającym jest osoba prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą), poprzez złożenie Towarzystwu lub za pośrednictwem Agenta pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia. Umowa Ubezpieczenia wygasa z upływem ostatniego dnia następnego miesięcznego Okresu Ubezpieczenia, przypadającego po Okresie Ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia.
- 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 rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem dostarczenia oświadczenia zawierającego dane, o których mowa w ust 3 powyżej – w przeciwnym wypadku termin ten może ulec wydłużeniu.

### ARTYKUŁ 7. ZWROT SKŁADEK

- W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo, za pośrednictwem Agenta, zwróci odpowiednią część Składki za niewykorzystany Okres Ubezpieczenia
- Wartość części Składki do zwrotu jest wyliczana na podstawie następującego wzoru:

$$R = SP \times (Dt/Dn), \text{ gdzie}$$

R – składka podlegająca zwrotowi

SP – składka jednorazowa za okres 12 lub 24 miesięcy

Dt – liczba pełnych miesięcy pozostałych do końca okresu, za jaki opłacono Składkę

Dn – liczba pełnych miesięcy, za jakie zapłacono Składkę

**ARTYKUŁ 8. PŁATNOŚĆ ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO**

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie Okresu Ubezpieczenia, świadczenie ubezpieczeniowe równe Sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 10 wypłacane jest Uposażonemu lub najbliższej rodzinie, zgodnie z zasadami określonymi w art. 12 ust. 6 OWU.

**ARTYKUŁ 9. PŁATNOŚĆ ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO**

1. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo lub orzeczenia przez ZUS Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Ubezpieczonemu, w wysokości równej Sumie ubezpieczenia obliczonej zgodnie z art. 10.
2. W przypadku osób, które w dniu choroby lub Nieszczęśliwego wypadku powodującego niezdolność do pracy nie są Aktywne zawodowo (np. emeryci, renciści, bezrobotni, osoby uczące się), a także w przypadku osób powyżej 65. roku życia, za Trwałą niezdolność do pracy uważa się inwalidztwo polegające na utracie:
  - a) wzroku w obu oczach lub
  - b) dwóch kończyn odpowiednio powyżej nadgarstków lub kostek, na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej, Trwała niezdolność do pracy może zostać stwierdzona nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoczęcia choroby powodującej niezdolność do pracy.
4. 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 lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy.

**ARTYKUŁ 10. SUMA UBEZPIECZENIA**

Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy stanowi kwotę wskazaną przez Ubezpieczającego w Polisie, odpowiadającą jednej spośród poniższych wartości:

- 5.000 (słownie: pięć tysięcy) złotych,
- 10.000 (słownie: dziesięć tysięcy) złotych,
- 15.000 (słownie: piętnaście tysięcy) złotych,
- 20.000 (słownie: dwadzieścia tysięcy) złotych,
- 25.000 (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy) złotych,
- 30.000 (słownie: trzydzieści tysięcy) złotych,
- 40.000 (słownie: czterdzieści tysięcy) złotych,
- 50.000 (słownie: pięćdziesiąt tysięcy) złotych,
- 60.000 (słownie: sześćdziesiąt tysięcy) złotych,
- 70.000 (słownie: siedemdziesiąt tysięcy) złotych,
- 80.000 (słownie: osiemdziesiąt tysięcy) złotych,
- 90.000 (słownie: dziewięćdziesiąt tysięcy) złotych,
- 100.000 (słownie: sto tysięcy) złotych.

**ARTYKUŁ 11. OPŁACANIE SKŁADEK**

1. Wysokość składki jest ustalana przez 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 Ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest przez Ubezpieczającego w walucie polskiej, za cały Okres Ubezpieczenia z góry.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty Towarzystwu, za pośrednictwem Agenta, Składki w wysokości określonej w Polisie.

**ARTYKUŁ 12. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO**

1. Ubezpieczający ma prawo do wskazania Uposażonego, które może być dokonane w Polisie oraz do zmiany Uposażonego, poprzez doręczenie do Towarzystwa, lub za pośrednictwem Agenta, pisemnego oświadczenia.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
  - imię i nazwisko Ubezpieczającego (jeśli jest osobą fizyczną),
  - nr Polisy,
  - imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony jest osobą prawną: nazwa osoby prawnej),
  - data urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
  - adres do korespondencji Uposażonego,
  - PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: NIP)
  - udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.
 Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego.
3. W przypadku niepodania danych lub podania niepełnych danych, o których mowa w ust. 2 powyżej, uniemożliwiających ustalenie Uposażonego, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 6.
4. Zmiana Uposażonego dochodzi do skutku w chwili otrzymania przez Towarzystwo lub za pośrednictwem Agenta oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1 niniejszego artykułu, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
5. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
6. W przypadku braku Uposażonych, uprawnionym do świadczenia będzie małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

**ARTYKUŁ 13. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA**

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

1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych na skutek:
  - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków lub innych środków ograniczających świadomość z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
  - 2) działań wojennych, rozruchów, stanu wojennego lub aktów terroryzmu,
  - 3) samobójstwa popełnionego, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
  - 4) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
  - 5) nadużywania lub uzależnienia od alkoholu lub narkotyków przez Ubezpieczonego,
  - 6) skażenia radioaktywnego,
  - 7) usiłowania popełnienia lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego.
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała niezdolność do pracy wystąpiła na skutek:
  - 1) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania,
  - 2) nieudanej próby samobójstwa Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
  - 3) niezdolności do pracy spowodowanej wszystkimi dolegliwościami subiektywnymi nieudokumentowanymi wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych.



## ARTYKUŁ 14. ROSZCZENIA

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

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

**za pośrednictwem Agenta:**

- w siedzibie FM Bank PBP Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 39A, 02-672 lub w jednej z placówek FM Bank PBP Spółka Akcyjna, prowadzącego działalność pod nazwą handlową BIZ Bank

**bezpośrednio do Towarzystwa:**

- **poczta elektroniczna** – 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 TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa: [www.metlife.pl](http://www.metlife.pl))
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnŻiR S.A., przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Towarzystwa na terenie całego kraju.



### 1. Śmierć Ubezpieczonego

W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Agentowi lub Towarzystwu dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu:

- kopii skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego, przy czym kopia powinna być potwierdzona notarialnie lub przez Agenta;
- kopii statystycznej karty zgonu lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
- kopii 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 ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,
- wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
- kopii dokumentu tożsamości Uposażonego.

Agent po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

### 2. Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego

W przypadku Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, niezbędne jest przedłożenie Agentowi lub Towarzystwu dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu:

- orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, o ile zostało wydane,
- kopii dowodu Aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego (zaświadczenie o zatrudnieniu podpisane przez osobę uprawnioną z zakładu pracy lub wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), które spowodowało trwałą niezdolność do pracy,
- kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
- kopii protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,
- wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
- kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.

Agent po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

### 3. Badanie medyczne

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej orzeczenie ZUS,
- 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 Ubezpieczenia 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 miejscu zamieszkania Ubezpieczonego.



### 4. Dodatkowe informacje

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia dokumentacji medycznej lub prawnej dotyczącej tego 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.
3. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

### 5. Wypłata świadczenia

1. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania 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 ust. 1 powyżej.

## ARTYKUŁ 15. REKLAMACJE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, 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: [lifeinfo@metlife.pl](mailto: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.

- 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.

- 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.
- „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 ubezpieczenia, może zwrócić się w sprawie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych Rzeczników Konsumenta.

## ARTYKUŁ 16. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

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

## ARTYKUŁ 17. NALEŻNOŚCI, OPŁATY, PODATKI

- Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek obciążają Ubezpieczającego i są uiszczane wraz z odpowiednią składką.
- Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez Towarzystwo.
- 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 18. DORĘCZENIA

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

## ARTYKUŁ 19. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW I DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE TOWARZYSTWA

- Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy Ubezpieczenia lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia 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.
- Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Roczne sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane jest na stronie internetowej Towarzystwa po zakończeniu roku sprawozdawczego.

## ARTYKUŁ 20. AKTUALIZACJA INFORMACJI

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



- Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Towarzystwa o zmianach:
  - danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
  - danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).
 Informacje o zmianach powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczającego.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie jego podpisem. Złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez Ubezpieczającego może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.

## ARTYKUŁ 21. PEŁNOMOCNICTWA

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z Umową Ubezpieczenia, powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej i doręczone Towarzystwu w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata lub uprawnionego przedstawiciela Agenta lub Towarzystwa.

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku

  
 Łukasz Kalinowski  
 Prezes Zarządu Towarzystwa

# MetLife®

**MetLife TUnŻiR S.A.**  
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa  
e-mail: [lifeinfo@metlife.pl](mailto:lifeinfo@metlife.pl)  
[www.metlife.pl](http://www.metlife.pl)

**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., 2016 PEANUTS © 2016 Peanuts Worldwide