

# Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie dla Kredytobiorców  
nr 9007ST16 (OWU)



## MetLife®

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 18
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2. ust. 2, 5, 7, 15, 22 art. 17

Znajdujące się w ramach w treści 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.
- 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.
- Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, powstała na skutek choroby lub Niestety wypadku.
- Data rozpoczęcia Ubezpieczenia** – dzień następujący po dniu podpisania przez Ubezpieczającego Polisy, z zastrzeżeniem postanowień określonych w art. 4 ust. 1 i 2 OWU.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych pod fachową opieką lekarską, poprzedzony 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 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych.

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9007ST16 (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.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała.
- Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną przy udziale pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, 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 jakiegokolwiek pojazd będący w ruchu.
- Okres Ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczającego i potwierdzony w Polisie okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
- Pojazd** – rower, urządzenie mechaniczne posiadające silnik przeznaczone do transportu lądowego lub wszelkie inne urządzenia do transportu wodnego lub lotniczego.
- 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.
- Poważna Choroba** – choroba lub schorzenie, o jakich mowa w art. 12 ust. 1 punkt 1)–4) oraz 7)–9) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia lub operacja zdefiniowana w art. 12 ust. 1 pkt 5) oraz 6) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
- 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 działalność.
- 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.
- 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 uzdrowiskowego w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

**WYJAŚNIENIE:** Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów nie wymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne i tzw. szpitale/kliniki jednego dnia.



- 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 jakiegokolwiek 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 kredyt gotówkowy 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.
- Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną w ramach Ubezpieczenia: śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, stwierdzenie Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, diagnoza zachorowania na Poważną Chorobę określoną w art. 12 ust. 1 pkt 1)–4) oraz 7)–9) OWU bądź przebycie przez Ubezpieczonego leczenia operacyjnego określonego w art. 12 ust. 1 pkt 5 i 6, Hospitalizacja 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 wariantem wybranym przez Ubezpieczającego.



- Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
- Zakres Ubezpieczenia uzależniony jest od wariantu wybranego przez Ubezpieczającego i potwierdzonego przez Towarzystwo w Polisie.
- W ramach wariantu **BIZnes Ochrona** zakres Ubezpieczenia obejmuje Śmierć Ubezpieczonego.
- W ramach wariantu **BIZnes Ochrona Plus** zakres Ubezpieczenia obejmuje: Śmierć Ubezpieczonego oraz Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
- W ramach wariantu **BIZnes Ochrona Extra** zakres Ubezpieczenia obejmuje: Śmierć Ubezpieczonego, Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
- W ramach wariantu **BIZnes Ochrona Premium** zakres Ubezpieczenia obejmuje: Śmierć Ubezpieczonego, Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego oraz Poważną Chorobę Ubezpieczonego określoną w art. 12 ust. 1 pkt 1)–4) oraz 7)–9) OWU bądź przebycie przez Ubezpieczonego leczenia operacyjnego określonego w art. 12 ust. 1 pkt 5) i 6) OWU.
- W ramach wariantu **BIZnes Ochrona Premium Plus** zakres Ubezpieczenia obejmuje: Śmierć Ubezpieczonego, Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Poważną Chorobę Ubezpieczonego określoną w art. 12 ust. 1 pkt 1)–4) oraz 7)–9) OWU bądź przebycie przez Ubezpieczonego leczenia operacyjnego określonego w art. 12 ust. 1 pkt 5) i 6) OWU oraz Hospitalizację Ubezpieczonego.

## ARTYKUŁ 4. KWALIFIKACJA

- W ramach wariantów: **BIZnes Ochrona Premium**, **BIZnes Ochrona Premium Plus** Ubezpieczeniem 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 wskazanego w Polisie,
  - spełnia wymogi dotyczące stanu zdrowia określone w Polisie.
- W ramach wariantów: **BIZnes Ochrona**, **BIZnes Ochrona Plus**, **BIZnes Ochrona Extra**, Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Klient, który spełnia łącznie poniższe warunki:
  - ukończył 18 lat w Dacie rozpoczęcia Ubezpieczenia,
  - nie ukończy 70. roku życia w dniu zakończenia Okresu Ubezpieczenia wskazanego w Polisie,
  - spełnia wymogi określone w Polisie.
- Klient, który spełnia wymogi opisane w ust. 1 i ust. 2 może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia Składki zgodnie z art. 15.
- 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 opłacone Składki w pełnej wysokości.

**ARTYKUŁ 5. ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE UBEZPIECZENIA**

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej oraz art. 4 Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia jest dzień następujący po dniu podpisania Polisy pod warunkiem opłacenia Składki przez Ubezpieczającego.
2. 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.
3. 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.
4. Ubezpieczenie wygasa w przypadku wystąpienia pierwszej z określonych poniżej okoliczności:
  - 1) upływu Okresu Ubezpieczenia, za który została opłacona Składka,
  - 2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
  - 3) w dniu stwierdzenia u Ubezpieczonego stanu Trwałej niezdolności do pracy, zgodnie z art. 10 OWU, pod warunkiem wypłaty świadczenia z tego tytułu w wysokości nie mniejszej niż Suma ubezpieczenia,
  - 4) w dniu diagnozy zachorowania na Poważną Chorobę lub przebycia leczenia operacyjnego zgodnie z art. 12 (dotyczy Ubezpieczonych w ramach wariantu BIZnes Ochrona Premium i BIZnes Ochrona Premium Plus, zgodnie z art. 3 OWU), pod warunkiem wypłaty świadczenia z tego tytułu w wysokości nie mniejszej niż Suma ubezpieczenia,
  - 5) z upływem ostatniego dnia następnego miesięcznego Okresu Ubezpieczenia, przypadającego po Okresie Ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia.
5. Z tytułu Hospitalizacji oraz Czasowej niezdolności do pracy, jeśli zdarzenia te mają miejsce w tym samym czasie, może być wypłacone wyłącznie jedno świadczenie należne Ubezpieczającemu, zgodnie z kwotą określoną w art. 14 ust. 5.

**ARTYKUŁ 6. ODSTĄPIENIE I WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od 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.
2. 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 PBP S.A., ul. Domaniewska 39A, 02-672 Warszawa lub do dowolnego Oddziału Agenta.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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**

1. W przypadku odstąpienia lub wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo, za pośrednictwem Agenta, zwróci odpowiednią część Składki za niewykorzystany Okres Ubezpieczenia z zastrzeżeniem, iż w przypadku odstąpienia zwrot nastąpi w pełnej wysokości.
2. Wartość części Składki do zwrotu jest wyliczana na podstawie następującego wzoru:

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

R – Składka podlegająca zwrotowi

SP – Składka opłacona za cały Okres Ubezpieczenia

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 określonej w art. 14 ust. 1 wypłacane jest Uposażonemu lub najbliższej rodzinie, zgodnie z zasadami określonymi w art. 16 ust. 6.

**ARTYKUŁ 9. PŁATNOŚĆ ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO**

W razie śmierci Ubezpieczonego w trakcie Okresu Ubezpieczenia na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, poza świadczeniem wynikającym z art. 8, należne jest dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe, równe Sumie ubezpieczenia określonej w art. 14 ust. 2, które jest wypłacane Uposażonemu lub najbliższej rodzinie, zgodnie z zasadami określonymi w art. 16 ust. 6.

**ARTYKUŁ 10. 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 równe Sumie ubezpieczenia określonej w art. 14 ust. 4 OWU, wypłacane jest Ubezpieczonemu.
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 11. PŁATNOŚĆ ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

1. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w wysokości równej Sumie ubezpieczenia określonej w art. 14 ust. 5 OWU w zależności od podstawy naliczenia Składki wskazanej w Polisie, za każdy miesiąc potwierdzonego stanu Czasowej Niezdolności do pracy. Świadczenie jest wypłacane pod warunkiem, że Czasowa niezdolność do pracy trwała nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 60 dni.

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9007ST16 (OWU)

- Świadczenie płatne jest po 60. dniu trwania Czasowej niezdolności do pracy wstecznie i za każde pełne następujące po sobie 30 dni potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy. Maksymalna liczba miesięcznych świadczeń określonych powyżej w ust. 1 nie może przekroczyć 6 z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego Czasową niezdolność do pracy i 12 z tytułu wszystkich zdarzeń.
- Świadczenie z tytułu kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego Czasową niezdolność do pracy zostanie wypłacone, jeżeli od momentu wypłaty ostatniego świadczenia z tytułu poprzedniego zdarzenia ubezpieczeniowego upłynie okres nie krótszy niż 12 następujących po sobie miesięcy.
- Wypłata świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się z dniem:
  - zakończenia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy,
  - śmierci Ubezpieczonego,
  - uznania stanu Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
  - uzyskania przez Ubezpieczonego prawa do świadczeń emerytalnych lub świadczeń rentowych lub zasiłku dla bezrobotnych,
  - ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

## ARTYKUŁ 12. PŁATNOŚĆ ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO NA POWAŻNĄ CHOROBE

- W rozumieniu OWU poniższe terminy oznaczają:
  - 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),
  - zawał mięśnia sercowego – martwica części mięśnia sercowego spowodowana jego niedokrwieniem, potwierdzona przez:
    - wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej trzech z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
      - objawy kliniczne niedokrwienia,
      - zmiany w EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia (nowe zmiany odcinka ST-T lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa),
      - nowe patologiczne załamki Q w EKG,
      - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości lub nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych,
    - lub
    - zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI),
    - lub
    - zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w połączeniu z nowymi patologicznymi załamkami Q lub nowym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa w badaniu EKG, bądź z udokumentowaną angiograficznie niedrożnością nowego pomostu wieńcowego lub własnej tętnicy wieńcowej.Termin świeży zawał serca nie obejmuje śmierci komórek mięśnia sercowego zaistniałej w przeszłości, a rozpoznanej w czasie późniejszym, jak również schorzeń/zabiegów przebiegających ze zmianami stężenia troponiny: uszkodzenia mechanicznego, niewydolności nerek, niewydolności serca, kardiowersji, ablacji, sepsy, zapalenia mięśnia sercowego lub guzów naciekających serce.
  - niewydolność nerek – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek / dializy otrzewnowej, hemodializy / lub przebyciem przeszczepu nerki,
  - udar mózgu – nagły epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszyły trwałe ubytki neurologiczne, w tym:
    - zawał tkanki mózgowej,
    - krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
    - zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego.Uznanie powyższej jednostki chorobowej wymaga udokumentowania trwałych następstw neurologicznych. Wykluczone zostały przypadki przemijającego niedokrwienia mózgu,
  - choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego – przebycie w następstwie objawów duszniczej bolesnej operacji serca z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów omijających (by-pass) z użyciem pomostów naczyniowych z żyły odpiszczelowej lub sutkowej wewnętrznej, z wyłączeniem przezskórnej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych (w tym technik laserowych). Uznanie roszczenia wymaga udokumentowania / rozpoznania choroby podstawowej wynikami badań angiograficznych,
  - przeszczepienie narządów – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące:
    - przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych poprzedzony całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją),
    - przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów,Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych są wykluczone.
  - stwardnienie rozsiane – choroba charakteryzująca się demielinizacją w mózgu i rdzeniu kręgowym. Diagnoza powinna być jednoznaczna i wymagane jest potwierdzenie przez specjalistę neurologa więcej niż jednego epizodu właściwie określonego deficytu neurologicznego z utrzymującymi się objawami zajęcia nerwów wzrokowych pnia mózgu i rdzenia kręgowego z równoczesnym osłabieniem koordynacji oraz funkcji ruchowej i czuciowej. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem stwierdzenia u Ubezpieczonego inwalidztwa przekraczającego 75% potwierdzonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo,
  - choroba Parkinsona – wystąpienie choroby Parkinsona połączone z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego: Poruszanie się (mobilność) – zdolność do samodzielnego poruszania się na jednym poziomie, kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania na krześle i zsiadania z krzesła, bez fizycznej pomocy innej osoby; Kontrola zwieraczy – świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu umożliwiającą zachowanie higieny osobistej; Ubieranie – samodzielne ubieranie i rozbieranie się; Korzystanie z toalety – zdolność do udania się i powrotu z toalety, zdolność do skorzystania z toalety i utrzymania związanej z tym higieny; Jedzenie – samodzielne spożywanie przygotowanego posiłku,
  - paraliż – całkowita, nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (doplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów.
- W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Poważnej Choroby Ubezpieczonego, należne świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane w wysokości równej Sumie ubezpieczenia określonej w art. 14 ust. 3 OWU.
- Świadczenie z tytułu Poważnej Choroby zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy jednej z Poważnych Chorób określonych w ust. 1 punktach 1)–4) lub 7)–9) niniejszego paragrafu wystąpią lub zakończenie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w ust. 1 punktach 5) lub 6) niniejszego paragrafu nastąpi po raz pierwszy nie wcześniej niż po upływie 30 dni od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie obejmującym Poważną Chorobę.
- W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Poważnej Choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu co najmniej 30 dni od daty rozpoznania jednej z Poważnych Chorób określonych w ust. 1 punktach 1)–4) lub 7)–9) niniejszego paragrafu lub Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu co najmniej 30 dni od daty zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w ust. 1 punktach 5) lub 6) niniejszego paragrafu.

## ARTYKUŁ 13. PŁATNOŚĆ ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU HOSPITALIZACJI UBEZPIECZONEGO

- W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego należne świadczenie ubezpieczeniowe wypłacone jest w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, określonej w art. 14 ust. 5, za każdy miesiąc nieprzerwanego trwania Hospitalizacji. Świadczenie jest wypłacane pod warunkiem, że:
  - Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby, lub Uszkodzenia Ciała, która ujawniła się lub które powstało po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa
  - Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały co najmniej 60 pełnych następujących po sobie dni.
- Świadczenie płatne jest po 60. dniu trwania Hospitalizacji wstecznie i za każde pełne następujące po sobie 30 dni potwierdzonej, nieprzerwanej Hospitalizacji. Maksymalna liczba miesięcznych świadczeń określonych powyżej w ust. 1 nie może przekroczyć 6 z tytułu jednej Hospitalizacji i 12 z tytułu wszystkich zdarzeń.
- Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

**ARTYKUŁ 14. SUMA UBEZPIECZENIA**

- Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci stanowi:
  - dla wariantu BIZnes Ochrona: 55% podstawy naliczenia Składki określonej w Polisie,
  - dla wariantu BIZnes Ochrona Plus oraz BIZnes Ochrona Extra: 70% podstawy naliczenia Składki określonej w Polisie,
  - dla wariantu BIZnes Ochrona Premium: 80% podstawy naliczenia Składki określonej w Polisie,
  - dla wariantu BIZnes Ochrona Premium Plus: 200% podstawy naliczenia Składki określonej w Polisie.
- Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego stanowi:
  - dla wariantu BIZnes Ochrona Extra: 70% podstawy naliczenia Składki określonej w Polisie,
  - dla wariantu BIZnes Ochrona Premium Plus: 100% podstawy naliczenia Składki określonej w Polisie.
- Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnej Choroby stanowi:
  - dla wariantu BIZnes Ochrona Premium: 80% podstawy naliczenia Składki określonej w Polisie,
  - dla wariantu BIZnes Ochrona Premium Plus: 100% podstawy naliczenia Składki określonej w Polisie.
- Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego stanowi:
  - dla wariantu BIZnes Ochrona Plus oraz BIZnes Ochrona Extra: 70% podstawy naliczenia Składki określonej w Polisie,
  - dla wariantu BIZnes Ochrona Premium: 80% podstawy naliczenia Składki określonej w Polisie,
  - dla wariantu BIZnes Ochrona Premium Plus: 100% podstawy naliczenia Składki określonej w Polisie.
- Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy oraz Hospitalizacji jest zależna od podstawy naliczenia Składki określonej w Polisie oraz okresu, na jaki zostało zawarte Ubezpieczenie:

Podstawa naliczenia Składki (w PLN)	Okres Ubezpieczenia (w miesiącach)			
	24	36	48	60
7 000	300	200	150	120
12 000	500	330	250	200
20 000	830	560	420	330
30 000	1 250	830	625	500
50 000	2 100	1 400	1 000	800
60 000	2 500	1 670	1 250	1 000
80 000	3 300	2 220	1 670	1 300
100 000	4 200	2 800	2 100	1 670

**ARTYKUŁ 15. 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 Ubezpieczenia.
- Składka płatna jest przez Ubezpieczającego w walucie polskiej, za cały Okres Ubezpieczenia z góry.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty Towarzystwu, za pośrednictwem Agenta, Składki w wysokości określonej w Polisie.

**ARTYKUŁ 16. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO**

- 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.
- 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.
- 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 poniżej.
- 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.
- Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
- 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 rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

**ARTYKUŁ 17. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA**

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



- Świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć, śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Trwała niezdolność do pracy, Czasowa niezdolność do pracy, Poważna Choroba oraz Hospitalizacja były spowodowane:
  - 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,
  - działaniami wojennymi, rozruchami, stanem wojennym lub aktami terroryzmu,
  - samobójstwem, samookaleczeniem Ubezpieczonego lub okaleczeniem na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
  - nadużywaniem lub uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków przez Ubezpieczonego,
  - skażeniem radioaktywnym,
  - usiłowaniem popełnienia lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała niezdolność do Pracy była spowodowana:
  - zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania,
  - nieudaną próbą samobójstwa Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
  - niezdolnością do pracy spowodowaną wszystkimi dolegliwościami subiektywnymi nieudokumentowanymi wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych itp.

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9007ST16 (OWU)

3. Dodatkowe świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy była spowodowana:
  - 1) nieudaną próbą samobójstwa Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
  - 2) chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa, dyskopatią, zespołami korzeniowymi, zespołami bólów kręgosłupa, z wyjątkiem zmian patologicznych kręgosłupa o innym charakterze, udowodnionych badaniami lekarskimi,
  - 3) niezdolnością do pracy spowodowaną wszystkimi dolegliwościami subiektywnymi nieudokumentowanymi wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych,
  - 4) zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania.
4. Świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja jest spowodowana:
  - 1) przez wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiające ww. rozpoznanie,
  - 2) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
  - 3) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową Ubezpieczenia,
  - 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 lub zaburzeniami zachowania,
  - 6) leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu.Za Hospitalizację nie jest uważana kuracja wypoczynkowa, jakkolwiek opieka bądź leczenie w ośrodku zdrowia, ośrodku lecznictwa otwartego lub w ośrodku rehabilitacji bądź na oddziale rehabilitacyjnym.

## ARTYKUŁ 18 ROSZCZENIA

Podstawą rozpatrywania roszczeń jest przedstawienie dokumentów wskazanych w niniejszym artykule. Odpis skrócony aktu zgonu powinien być przekazany w formie oryginału lub kopii poświadczonych notarialnie. Pozostałe wymagane dokumenty powinny być przekazywane Towarzystwu bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta w formie oryginału, kopii poświadczonych 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 TUŃZiR 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 TUŃZiR 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 i osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
- 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 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 Ubezpieczonego.

Agent po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

### 3. Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego

W przypadku Czasowej 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:

- dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Czasowej niezdolności do pracy,
- zwolnienia lekarskiego lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającego Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
- kopii dowodu Aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy (zaświadczenie o zatrudnieniu podpisane przez osobę uprawnioną z zakładu pracy lub wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej),
- 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 Ubezpieczonego.

Agent po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

Decyzja Towarzystwa o uznaniu Czasowej niezdolności do pracy zostanie podjęta w terminie 14 dni w oparciu o przedstawione przez Ubezpieczonego zwolnienia lekarskie lub decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, potwierdzające Czasową niezdolność do pracy.

### 4. Zachorowanie Ubezpieczonego na Poważną Chorobę

W przypadku zachorowania na Poważną Chorobę przez Ubezpieczonego, niezbędne jest przedłożenie Agentowi lub Towarzystwu dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu:

- kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej zachorowanie na Poważną Chorobę
- wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje wskazane w formularzu Towarzystwa,
- kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;

Agent po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

**5. Hospitalizacja Ubezpieczonego**

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

- kopii dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- karty leczenia szpitalnego lub innego dokumentu potwierdzającego Hospitalizację Ubezpieczonego;
- kopii 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.
- kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy,
- kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

**6. 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 najbliższego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

**7. 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.

**8. 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 pkt. 1 powyżej.

**ARTYKUŁ 19. 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
  - 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. Towarzystwo będzie informowało o wydłużeniu terminu.



4. O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Towarzystwo w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
5. „Polityka rozpatrywania Reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.
6. Osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, 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 20. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE**

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

**ARTYKUŁ 21. NALEŻNOŚCI, OPŁATY, PODATKI**

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek obciążają Ubezpieczającego i są uiszczane wraz z odpowiednią Składką.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez Towarzystwo.
3. Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2011 r., Nr 74, poz. 397 j.t. z późn. zm.).

**ARTYKUŁ 22. DORĘCZENIA**

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

**ARTYKUŁ 23. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW I DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE TOWARZYSTWA**

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy Ubezpieczenia lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, 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.

3. Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa po zakończeniu roku sprawozdawczego.

#### ARTYKUŁ 24. 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.

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Towarzystwa o zmianach:
  - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
  - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).Informacje o zmianach powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczającego.
2. 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 25. 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