

Szczególne Warunki Ubezpieczenia

nr 9926ST16 (SWU)



MetLife®

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienia Szczególnych Warunków Ubezpieczenia:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	§ 12
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 1 ust 6, 15 § 11

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

POMOC

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

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

WAŻNE

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



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.



PRZYKŁADY

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



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

§1. DEFINICJE

- Agent** – przedstawiciel Towarzystwa wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Towarzystwa, wskazany w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
- Aktywność zawodowa** – świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej. Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby czasowo nieświadczące pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy lub przebywające na urlopach macierzyńskich, dodatkowych urlopach macierzyńskich, urlopach rodzicielskich, urlopach ojcowskich, urlopach na prawach urlopu macierzyńskiego lub płatnych urlopach 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 rozpoczęcia Ubezpieczenia** – dzień, w którym Ubezpieczony zostaje objęty Ubezpieczeniem.
- Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia** – deklaracja wypełniana przez Ubezpieczonego przed przystąpieniem do Ubezpieczenia.
- Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych SWU pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę o pożyczkę z Ubezpieczającym.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtówne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała.
- 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.

Szczególne Warunki Ubezpieczenia nr 9926ST16 (SWU)

- 10. Rocznica Umowy** – w danym roku kalendarzowym dzień odpowiadający dniu zawarcia Umowy, a jeżeli nie ma takiego dnia, następny dzień przypadający po dniu odpowiadającym dniowi zawarcia Umowy.
- 11. Rok Ubezpieczenia** – okres pierwszych 12 miesięcy liczony od daty wejścia w życie Umowy oraz każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu.
- 12. Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu w ramach jednej Umowy o pożyczkę.
- 13. 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.

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



- 14. Towarzystwo** – MetLife Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
- 15. Trwała niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej przychód lub wynagrodzenie, powstała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
- 16. Ubezpieczający** – Euro Providus Spółka Akcyjna z siedzibą w Częstochowie.
- 17. Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy.
- 18. Ubezpieczony** – Klient, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem.
- 19. Umowa** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców „Ubezpieczenie spłaty zadłużenia” nr 9926, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
- 20. Umowa o pożyczkę** – umowa o pożyczkę gotówkową zawierana pomiędzy Klientem a Ubezpieczającym.
- 21. Uposażony** – osoba, której wypłacane jest świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego. Uposażonym jest osoba wskazana przez 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.

WAŻNE: Ubezpieczony wskazuje Uposażonego na Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia



- 22. Zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, stwierdzenie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

§2. PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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



1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia obejmuje ryzyka:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - Hospitalizację w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

§3. KWALIFIKACJA

1. Każdy Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli ukończył 18 lat, ale w dniu spłaty pożyczki zgodnie z pierwotnym harmonogramem Umowy o pożyczkę nie ukończy 72 lat.
2. Zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - 1) w przypadku Klientów, którzy ukończyli 18 lat, a nie ukończyli 65 lat w dniu zawarcia Umowy o pożyczkę:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - Hospitalizację w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
 - 2) w przypadku Klientów, którzy w dniu zawarcia umowy ukończyli 65. rok życia, ale w dniu spłaty pożyczki zgodnie z pierwotnym harmonogramem Umowy o pożyczkę nie ukończą 72. roku życia:
 - śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - Hospitalizację w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczeniem może zostać objęty Klient, który spełnia wymogi podane w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia oraz podpisze Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia.
4. W przypadku stwierdzenia, że Klient podał nieprawdziwe informacje lub wprowadził w błąd co do spełnienia przez niego wymogów przystąpienia do Ubezpieczenia określonych w Umowie, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w ciągu trzech lat od Daty rozpoczęcia Ubezpieczenia, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu opłacone za danego Ubezpieczonego Składki w pełnej wysokości.

§4. ROZPOCZĘCIE, TRWANIE I ZAKOŃCZENIE UBEZPIECZENIA

1. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego jest dzień następujący po późniejszym ze zdarzeń:
 - 1) zawarcie Umowy o pożyczkę z Ubezpieczającym,
 - 2) podpisanie Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,
 - 3) uruchomienie pożyczki,pod warunkiem opłacenia Składki przez Ubezpieczającego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy o pożyczkę kończy się w dniu wystąpienia pierwszej z określonych poniżej okoliczności:
 - 1) upływu okresu, za który została opłacona Składka,
 - 2) śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) ukończenia 72. roku życia przez Ubezpieczonego,
 - 4) stwierdzenia u Ubezpieczonego stanu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §7,
 - 5) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa o pożyczkę,
 - 6) odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy lub rezygnacji Ubezpieczonego z Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem §5.

§5. REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z Ubezpieczenia w okresie jego trwania. Oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia Ubezpieczony powinien złożyć w formie pisemnej Ubezpieczającemu.
2. W przypadku rezygnacji z Ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu część Składki za niewykorzystany okres Ubezpieczenia. Ubezpieczenie, w stosunku do danego Ubezpieczonego, wygaśnie z upływem ostatniego dnia miesięcznego okresu Ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający otrzymał pisemne oświadczenie o rezygnacji.

§6. PŁATNOŚĆ ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO ORAZ ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie okresu ubezpieczenia, świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej Sumie ubezpieczenia określonej w §9 ust. 1 SWU, wypłacane jest Uposażonemu, na zasadach określonych w §1 ust. 21 SWU.

§7. PŁATNOŚĆ ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku świadczenie jest należne Ubezpieczonemu, w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, określonej w §9 ust. 2 SWU, obliczonej na dzień Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwałą niezdolność do pracy.
2. Warunkiem wypłaty świadczenia jest uzyskanie przez Towarzystwo potwierdzenia, że w dniu Nieszczęśliwego wypadku powodującego niezdolność do pracy Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Umowy oraz był Aktywny zawodowo.
3. W przypadku Ubezpieczonych, którzy nie byli Aktywni zawodowo zarówno w dniu przystąpienia do Ubezpieczenia, jak i w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz osób powyżej 65. roku życia, zakres Ubezpieczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy obejmuje inwalidztwo polegające na utracie:
 - wzroku w obu oczach, lub
 - przynajmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
4. Od daty Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy do czasu uznania je 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 lekarza orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, Trwała i całkowita niezdolność do pracy zostaje stwierdzona natychmiast i bez zachowania okresu 12 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku.

§8. PŁATNOŚĆ ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU HOSPITALIZACJI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku świadczenie w wysokości określonej w §9 ust. 3 jest należne Ubezpieczonemu.
2. Świadczenie jest wypłacane pod warunkiem, że:
 - 1) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako pacjent stały przez co najmniej 30 pełnych następujących po sobie dób.
3. Pierwsze świadczenie płatne jest po 30. dobie nieprzerwanej Hospitalizacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, za ten okres. Kolejne świadczenia należne są za każde 30 dób nieprzerwanego trwania tej samej Hospitalizacji. Maksymalna liczba świadczeń określonych powyżej w ust. 1. nie może przekroczyć 6 świadczeń, za każdy nieprzerwany 30-dniowy okres Hospitalizacji – z tytułu jednej Hospitalizacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz 12 świadczeń – z tytułu wszystkich Hospitalizacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, a ich łączna wysokość nie może przekroczyć wartości 4.000,00 (słownie: czterech tysięcy) złotych z tytułu jednej Hospitalizacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 180 dni.

§9. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku stanowi mniejszą z wartości:
 - a) sumę pozostałych do spłaty rat pożyczki ustalonych na dzień śmierci zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę lub
 - b) kwotę 11.000,00 (słownie: jedenaście tysięcy) złotych.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – stanowi mniejszą z wartości:
 - a) sumę pozostałych do spłaty rat pożyczki ustalonych na dzień Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwałą niezdolność do pracy lub
 - b) kwotę 11.000,00 (słownie: jedenaście tysięcy) złotych.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku stanowi wartość wszystkich tygodniowych rat przypadających do spłaty w danym okresie 30 dób nieprzerwanego trwania Hospitalizacji, zgodnie z harmonogramem spłaty zadłużenia obowiązującym na dzień zawarcia Umowy o pożyczkę, z zastrzeżeniem postanowień §8.

§10. OPŁACANIE SKŁADEK

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy, a także charakterystyki Umów o pożyczkę, w tym faktycznego okresu ich obowiązywania.
2. Składka płatna jest jednorazowo za cały okres ubezpieczenia, który wynosi 29 lub 44 lub 58 tygodni.
3. Składki płatne są przez Ubezpieczającego w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.
4. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki w terminie wymagalności Towarzystwo pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia Składki w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania pod rygorem wygaśnięcia ochrony w przypadku nieopłacenia Składki w odniesieniu do tych Klientów, za których Składka nie została opłacona.

§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 i całkowita niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiły na skutek:
 - 1) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było przyczyną danego Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) chorób, które były zdiagnozowane lub leczone w ciągu 24 miesięcy poprzedzających Datę rozpoczęcia Ubezpieczenia,
 - 3) działań wojennych, zamieszek, stanu wojennego lub aktów terroryzmu,
 - 4) samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, popełnionego w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 5) skażenia radioaktywnego,
 - 6) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz świadomego udziału Ubezpieczonego w dowolnym działaniu przestępczym.
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła na skutek:
 - 1) nieudanej próby samobójstwa klienta, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania lub zaburzeń nerwicowych,
 - 3) niesprawności stwierdzonej na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych.
3. Ponadto, świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku była związana z lub nastąpiła na skutek:
 - 1) wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - 2) wad wrodzonych,
 - 3) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, 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) zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania lub zaburzeń nerwicowych,
 - 6) leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

§12. ROSZCZENIA

Podstawą rozpatrywania roszczeń jest przedstawienie dokumentów wskazanych w niniejszym paragrafie.

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

1. Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego jego spadkobierca lub inna osoba kontaktuje się z Ubezpieczającym pisemnie lub osobiście poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia. Ubezpieczający na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie przekazuje dokumenty niezbędne do zgłoszenia roszczenia tj. Wniosek o wypłatę świadczenia, który po uzupełnieniu wraz z:

- kopią/odpisem skróconym aktu zgonu Ubezpieczonego, przy czym kopia powinna być potwierdzona notarialnie,
 - kopią statystycznej karty zgonu lub jakimkolwiek dokumentem medycznym potwierdzającym przyczynę zgonu,
 - kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,
 - kopią 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 w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć miała miejsce w pracy, należy odesłać na adres Agenta wskazany w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
- Agent po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

2. Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu formularz: Wniosek o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu wraz z:

- kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,
 - orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
 - kopią dowodu aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spowodowało trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
 - kopią 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 w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,
 - kopią dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- należy odesłać na adres Agenta wskazany w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
- Agent po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

3. Hospitalizacja Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu formularz: Wniosek o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu wraz z:

- kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,
 - kopią dokumentacji medycznej Ubezpieczonego,
 - kartą leczenia szpitalnego lub innym dokumentem potwierdzającym Hospitalizację Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - 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 Agenta wskazany w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
- Agent po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

4. Badanie medyczne

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia zasadności roszczenia i zgodności z postanowieniami niniejszych Szczególnych 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 dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do rozpatrzenia roszczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z Towarzystwem placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

**5. Dodatkowe informacje**

- 1) W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Polski wymagane jest przedstawienie kopii dokumentacji przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
- 2) Jeżeli Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub wypłacić świadczenie w części, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 pkt 2 poniżej.
- 3) 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.

6. Wypłata świadczenia

- 1) Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie 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.

§13. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

WAŻNE: Uposażonego wskazuje Ubezpieczony samodzielnie. Uposażonym może być dowolna osoba (osoba fizyczna, osoba prawna). Ubezpieczony może w szczególności wskazać Ubezpieczającego do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego do wysokości kwoty zadłużenia z tytułu Umowy o pożyczkę. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkowi od spadków i darowizn.



1. Ubezpieczony może wskazać lub zmienić Uposażonego zarówno co do otrzymania całości świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku), jak i w części świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku) do wysokości kwoty zadłużenia z tytułu Umowy o pożyczkę ustalonej na dzień śmierci Ubezpieczonego.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
 - nr Umowy o pożyczkę,
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwa firmy),

- data urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
 - adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: siedziba firmy),
 - PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony jest osobą prawną: NIP),
 - udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.
3. W przypadku niepodania danych lub podania niepełnych danych, o których mowa w ust. 1 powyżej, uniemożliwiających ustalenie Uposażonego, świadczenie zostanie wypłacone najbliższej rodzinie, zgodnie z zasadami określonymi w §1 ust. 21 SWU.

§14. REKLAMACJE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie na adres siedziby Towarzystwa: MetLife TUŃŻIR 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.
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.

§15. PODATKI

Wszelkie podatki związane z Umową winny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych SWU 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 (t.j. Dz.U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz.U. z 2011 r., Nr 74, poz. 397 z późn. zm.).

§16. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW I DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE TOWARZYSTWA

1. Prawem właściwym dla Umowy jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi 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, miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
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.

§17. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z Ubezpieczenia związane z Umową winny być doręczane na piśmie na adres siedziby Towarzystwa lub Ubezpieczającego.
2. Zawiadomienie lub inną informację na piśmie, która ma być wysłana Ubezpieczającemu, należy przekazywać na adres korespondencyjny Ubezpieczającego. Korespondencja, która dotyczy Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy, kierowana będzie na adres korespondencyjny Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy, wskazany przez daną osobę.

§18. 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. Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Towarzystwa bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta lub Ubezpieczającego o zmianach:
 - danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
 - danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).
2. Informacje o zmianach powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego.

Warszawa, 1 stycznia 2016 r.


 Łukasz Kalinowski
 Prezes Zarządu Towarzystwa

MetLife®

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