

# Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9014GR15 (OWU)



## MetLife®

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 11
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 2, 5, 15; art. 9

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.



Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia 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 1. DEFINICJE

- Agent** – Aasa Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego jako agent ubezpieczeniowy w imieniu i na rzecz Towarzystwa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000411939.
- 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 urloпах macierzyńskich, dodatkowych urloпах macierzyńskich, urloпах rodzicielskich, urloпах ojcowskich, urloпах na prawach urloпу macierzyńskiego lub płatnych urloпах wypoczynkowych.
- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
- Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat pożyczki sporządzony przez strony Umowy o pożyczkę w dniu jej zawarcia.
- Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę o pożyczkę z Aasa Polska S.A.
- Kwota pożyczki** – wnioskowana przez Klienta kwota pożyczki udostępniona Klientowi przez Aasa Polska S.A. w sposób określony w Umowie o pożyczkę. Kwota pożyczki nie zawiera opłat i prowizji, a także Składki.
- Miesięczny okres rozliczeniowy** – okres, w trakcie którego Ubezpieczony jest objęty ochroną na podstawie niniejszych OWU, za który opłacona jest Składka. Z zastrzeżeniem postanowień art. 3. OWU, pierwszy Miesięczny okres rozliczeniowy rozpoczyna się dnia następującego po dniu zawarcia Umowy o pożyczkę i trwa do dnia płatności pierwszej raty z tytułu Umowy o pożyczkę. Drugi i kolejne Miesięczne okresy rozliczeniowe trwają do daty płatności odpowiednio drugiej i kolejnych rat z tytułu Umowy o pożyczkę.

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9014GR15 (OWU)

- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała.
- 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.
- Składka** – kwota określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu. Składka płatna jest w trybie miesięcznym.
- Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Towarzystwo zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego (dalej także „SUU”).
- Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj. wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowskiego w tym szpitale uzdrowskie, sanatoria.

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



- Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, 00-450, ul. Przemysłowa 26, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. MetLife TU nZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Trwała niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej przychód lub wynagrodzenie, powstała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty Składki.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
- Ubezpieczony** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
- Umowa o pożyczkę** – Umowa o pożyczkę gotówkową zawierana pomiędzy Klientem a Aasa Polska S.A.
- Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, SUU oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Towarzystwa, załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną całość.
- Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczającego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (w tym z tytułu śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku). Jeśli Ubezpieczający 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.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, stwierdzenie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizacja.

## ARTYKUŁ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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



- Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
- Zakres Ubezpieczenia  
Zakres Ubezpieczenia wskazany jest w SUU, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem Ubezpieczenia i obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
  - W ramach wariantu 1. – w przypadku Kwoty pożyczki powyżej 3.500 (słownie: trzy tysiące pięćset) złotych:
    - śmierć Ubezpieczonego,
    - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
    - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
  - W ramach wariantu 2. – w przypadku Kwoty pożyczki nie większej niż 3.499,99 złotych (słownie: trzy tysiące czterysta dziewięćdziesiąt dziewięć złotych i dziewięć groszy):
    - śmierć Ubezpieczonego,
    - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
    - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
    - Hospitalizację Ubezpieczonego.

## ARTYKUŁ 3. ZAWARCIE UMOWY, OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

- Każdy Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli w dniu zawarcia Umowy o pożyczkę ukończył 18 lat, ale w dniu spłaty pożyczki zgodnie z Harmonogramem nie ukończy 75 lat.
- Klient, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia Składki.
- W przypadku stwierdzenia w terminie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, że Klient podał nieprawdziwe informacje lub podpisał Szczegółową Umowę Ubezpieczenia, mimo niespełnienia przez niego wymogów w niej określonych, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, 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.
- Z zastrzeżeniem warunków określonych w ust. 1 i 2 powyżej, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy o pożyczkę i trwa, z zastrzeżeniem zdarzeń określonych w ust. 8., do dnia ostatecznej spłaty pożyczki udzielonej na podstawie Umowy pożyczki zgodnie z Harmonogramem, pod warunkiem opłacania Składki w trybie miesięcznym.
- Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu jednego egzemplarza SUU, podpisanego przez Ubezpieczającego i Agenta w imieniu Towarzystwa.
- Jeżeli treść SUU zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
- W przypadku określonym w ust. 6 powyżej, jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od doręczenia SUU nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym ustępie.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu wystąpienia pierwszego z określonych poniżej zdarzeń:
  - z końcem Miesięcznego okresu rozliczeniowego, za który należy jest Składka, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat,
  - z końcem Miesięcznego okresu rozliczeniowego, przypadającego po rozwiązaniu Umowy o pożyczkę,
  - z końcem Miesięcznego okresu rozliczeniowego, w którym Umowa o pożyczkę została wypowiedziana przez Ubezpieczającego lub Aasa Polska S.A.,
  - z końcem Miesięcznego okresu rozliczeniowego, w którym dokonano wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia,
  - w dniu stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z art. 6.
  - w dniu śmierci Ubezpieczonego,
  - z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa o pożyczkę,
  - w przypadku nieopłacenia Składki – z upływem 7-dniowego okresu wskazanego przez Towarzystwo na wezwaniu do zapłaty zaległej Składki.

## ARTYKUŁ 4. ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie okresu Ubezpieczenia, świadczenie wypłacane jest Uposażonemu w wysokości mniejszej z wartości:

- Kwota pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszona o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia lub
- kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) złotych.

**ARTYKUŁ 5. ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie okresu Ubezpieczenia, oprócz świadczenia z tytułu śmierci, o którym mowa w art. 4. powyżej, Uposażonemu wypłacane jest świadczenie w wysokości mniejszej z wartości:

- a) Kwota pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę lub
- b) kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) złotych.

**ARTYKUŁ 6. ŚWIADCZENIE 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, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości mniejszej z wartości:
  - a) Kwota pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszona o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia lub
  - b) kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) złotych.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, jest należne, jeżeli w dniu Nieszczęśliwego wypadku, powodującego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczony był objęty Ubezpieczeniem oraz był Aktywny zawodowo, z zastrzeżeniem przypadku określonego w ust. 3 poniżej.
3. W przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu Nieszczęśliwego wypadku, powodującego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli Aktywni zawodowo, za Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
  - całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
  - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
  - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
  - stracie dolnej szczęki, lub
  - całkowitej stracie mowy, lub
  - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
  - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
  - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
  - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
  - całkowitej stracie obu nóg, lub
  - całkowitej stracie obu stóp, lub
  - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
  - całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
  - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
  - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
  - całkowitym paraliżu kończyny dolnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).
4. Od daty Nieszczęśliwego wypadku do momentu uznania, iż spowodował on Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, jednak w przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w ust. 3. powyżej, Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego zostaje stwierdzona z datą Nieszczęśliwego wypadku, a warunku dotyczącego upływu okresu 6 miesięcy nie stosuje się.

**ARTYKUŁ 7. ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU HOSPITALIZACJI UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY**

1. W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, świadczenie może zostać wypłacone Ubezpieczonemu pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba będące przyczyną Hospitalizacji, wystąpiły w czasie trwania Ubezpieczenia.
2. Pierwsze świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu po nieprzerwanym 15-dobowym okresie Hospitalizacji, w wysokości najbliższej, przypadającej po 15. dobie Hospitalizacji, kwocie raty pożyczki, ustalonej zgodnie z Harmonogramem, pomniejszonej o Składki nieopłacone, należne do dnia rozpoczęcia Choroby lub wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Drugie i kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego płatne są od 16. doby Hospitalizacji za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej Hospitalizacji, w wysokości raty pożyczki przypadającej w tym czasie, ustalonej zgodnie z Harmonogramem.
4. Świadczenie jest należne jedynie za okres Hospitalizacji, w trakcie którego Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem.
5. W ramach jednej Hospitalizacji Ubezpieczonego:
  - a) maksymalna liczba świadczeń, o których mowa w ust. 2 i 3 z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć 6,
  - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć 3.000 (słownie: trzy tysiące) złotych.
6. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji będą uznawane za jedną Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 6 miesięcy.
7. W ramach wszystkich Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w trakcie trwania Ubezpieczenia:
  - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć 12,
  - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć 6.000 (słownie: sześć tysięcy) złotych.

**ARTYKUŁ 8. OPŁACANIE SKŁADEK**

1. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest przez Ubezpieczającego miesięcznie w dniu, w którym przypada zapłata raty pożyczki zgodnie z terminem wskazanym w Harmonogramie, z dotu, za Miesięczny okres rozliczeniowy kończący się w dniu płatności Składki. Obliczana jest jako iloczyn łącznej stawki ubezpieczeniowej określonej w SUU oraz Kwoty pożyczki.
2. Wysokość Składki jest ustalana przez 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.
3. Wysokość Składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona w SUU.
4. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki w terminie wymagalności, Towarzystwo pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia Składki pod rygorem wygaśnięcia ochrony w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania, jeśli Składka nie zostanie opłacona.

**ARTYKUŁ 9. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA**

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



1. Świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć, śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Hospitalizacja nastąpiły na skutek:
  - 1) choroby zdiagnozowanej lub leczonej w ciągu pierwszych 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa i będącej przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w ciągu pierwszych 3 miesięcy trwania Ubezpieczenia,
  - 2) 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,
  - 3) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
  - 4) samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, popełnionego w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
  - 5) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz świadomego udziału Ubezpieczonego w dowolnym działaniu przestępczym.
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego nastąpiła na skutek:

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9014GR15 (OWU)

- 1) nieudanej próby samobójstwa, niezaleźnie 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. Dodatkowo 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 umożliwiających 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, zaburzeniami zachowania lub zaburzeniami nerwicowymi,
  - 6) leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
  - 7) infekcją powstałą w trakcie Hospitalizacji.
- Za Hospitalizację nie jest uważana kuracja wypoczynkowa, jakakolwiek opieka bądź leczenie w ośrodku zdrowia, ośrodku lecznictwa otwartego lub w ośrodku rehabilitacji bądź na oddziale rehabilitacyjnym szpitala.

## ARTYKUŁ 10. ODSTĄPIENIE LUB WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo zarówno do odstąpienia od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia, jak również ma prawo do wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia w całym okresie jej trwania.
2. Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego Agentowi lub bezpośrednio Towarzystwu.
3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, powinno zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, numer PESEL oraz numer SUU.
4. W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia całość Składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu za pośrednictwem Agenta w terminie 30 dni od końca miesiąca, w którym Towarzystwo otrzyma pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.
5. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczenie trwa do końca Miesięcznego okresu rozliczeniowego, w którym wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia zostało złożone przez Ubezpieczającego.

## ARTYKUŁ 11. ROSZCZENIA

1. 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:
  - 1) w przypadku **śmierci** Ubezpieczonego:
    - a) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego (oryginał lub kopia potwierdzona przez Agenta),
    - b) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu (kopia potwierdzona przez Agenta),
    - c) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
    - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć Ubezpieczonego jest związana z wypadkiem przy pracy,
    - e) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
    - f) kopii dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
  - 2) w przypadku wystąpienia **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczonego:
    - **w przypadku osób Aktywnych zawodowo:**
      - a) orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
      - b) kopii dowodu Aktywności zawodowej (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu, kopia stosownej umowy cywilnoprawnej) Ubezpieczonego w dniu Nieszczęśliwego wypadku, który spowodował Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
      - c) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej, że przyczyną Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy był Nieszczęśliwy wypadek,
      - d) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie,
      - e) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Trwała i całkowita niezdolność do pracy jest związana z wypadkiem przy pracy,
      - f) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
      - g) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
    - **w przypadku osób, które nie były Aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia:**
      - a) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
      - b) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, potwierdzających, że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
      - c) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
      - d) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
  - 3) w przypadku **Hospitalizacji** Ubezpieczonego:
    - a) kopii dokumentacji medycznej Ubezpieczonego dotyczącej Hospitalizacji,
    - b) kopii karty wypisowej z leczenia szpitalnego,
    - c) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, gdy Hospitalizacja miała miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
    - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Hospitalizacja jest związana z wypadkiem przy pracy,
    - e) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
    - f) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.

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

**za pośrednictwem Agenta:**

- w siedzibie Aasa Polska S.A. w Warszawie, przy ul. Siennej 64 lub w jednej z placówek Aasa Polska S.A.

**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 TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa)
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnZiR S.A., przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Towarzystwa na terenie całego kraju.



2. Dodatkowe informacje:

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie powinna przedstawić dokumentację medyczną lub inną dotyczącą tego Zdarzenia ubezpieczeniowego lub jego okoliczności przetłumaczoną przez tłumacza przysięgłego na język polski, pod warunkiem, że Towarzystwo wystąpi do osoby zgłaszającej roszczenie o takie tłumaczenie w sytuacji, gdy takie dokumenty są dla Towarzystwa niezbędne do oceny zasadności roszczenia lub wysokości należnego świadczenia.
- 2) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu lub innych organów ścigania, a także do placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkowe informacje celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

3. Wypłata świadczenia:
  - 1) Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty 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 zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie określonym w pkt. 1 powyżej.

## ARTYKUŁ 12. BADANIE LEKARSKIE

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo. Ubezpieczony jest zobowiązany na koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi, jeżeli jest to niezbędne w celu podjęcia przez Towarzystwo decyzji w przedmiocie zasadności lub wysokości roszczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu Umowy Ubezpieczenia zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

## ARTYKUŁ 13. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

1. Ubezpieczający ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez doręczenie do Towarzystwa pisemnego oświadczenia.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
  - a) imię i nazwisko Ubezpieczającego,
  - b) nr SUU,
  - c) imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwa firmy),
  - d) data urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
  - e) adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: siedziba firmy),
  - f) PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony jest osobą prawną: NIP),
  - g) udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.
 Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego.
3. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie Uposażonego świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 6 poniżej.
4. Zmiana Uposażonego następuje pod warunkiem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
5. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
6. W przypadku braku Uposażonych uprawnionych do świadczenia, świadczenie otrzyma małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego w częściach równych.

**WAŻNE:** Uposażonego wskazuje Ubezpieczający. Uposażonym może być dowolna osoba. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkom od spadków i darowizn.



## ARTYKUŁ 14. 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.
1. Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
2. 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.



3. 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.
4. „Polityka rozpatrywania Reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.
5. 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 15. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

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

## ARTYKUŁ 16. 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 17. 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 18. 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 Ubezpieczenia.
3. Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane jest na stronie internetowej Towarzystwa.

## ARTYKUŁ 19. AKTUALIZACJA INFORMACJI

**WAŻNE:** Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych swoich i Uposażonego. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczanie informacji dotyczących Umowy 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 20. 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, 4 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski  
Prezes Zarządu Towarzystwa

MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna,  
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 52 64  
© MetLife TUnŻiR S.A., 2016 PEANUTS © 2016 Peanuts Worldwide

# 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)