

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie na życie oraz na wypadek złamania i oparzenia lub trwałego inwalidztwa wskutek NW

Informacja dotycząca ubezpieczenia Aktywni na co dzień

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 – str. 4 art. 7 – str. 6 Tabela złamań i oparzeń wskutek NW – str. 11 Tabela norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 – str. 2 art. 4 pkt. 3, 4 – str. 4 art. 9 – str. 8 Tabela złamań i oparzeń wskutek NW – str. 11 Tabela norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku




Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 8002ST17

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

Szanowni Państwo,

w ramach umieszczonych w treści OWU pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najistotniejszych zagadnień. Dodatkowo, słowa wyróżnione kursywą zostały zdefiniowane na początku dokumentu.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

 WAŻNE Zwracamy Państwa uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy.	 WYJAŚNIENIA Objaśniamy niektóre postanowienia Umowy oraz trudne sformułowania użyte w treści OWU.	 PRZYKŁADY Wyjaśniamy, jak w praktyce stosowane są postanowienia Umowy i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.
---	---	--


Artykuł 1. Wstęp

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej OWU) mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia na życie oraz na wypadek złamania i oparzenia lub trwałego inwalidztwa wskutek NW zawartej pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczonym i stanowią integralną część tej Umowy.


Artykuł 2. Definicje

Definicje określeń użytych w niniejszych OWU:

- Abonent mobilnej sieci Orange** – osoba fizyczna, która jest stroną zawartej z Operatorem Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych i która korzysta z usług Operatora w mobilnej sieci Orange w celu niezwiązanym bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową (konsument),
- Abonent stacjonarnej sieci Orange** – osoba fizyczna, która jest stroną zawartej z Operatorem Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych i która korzysta z usług Operatora w stacjonarnej sieci Orange w celu niezwiązanym bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową (konsument),
- data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – pierwszy dzień najbliższego okresu rozliczeniowego danego Abonenta mobilnej lub stacjonarnej sieci Orange, następujący po złożeniu ustnej zgody na zawarcie Umowy,
- data zawarcia Umowy** – pierwszy dzień następujący po doręczeniu Ubezpieczonemu Polisy i OWU, które są niezbędne do zawarcia Umowy,
- dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni wolnych od pracy, zgodnie z Ustawą z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (Dz.U. z 1951 r. Nr 4, poz. 28, z późn. zm.) oraz dni wolnych od pracy ustanowionych przez Zarząd Operatora,
- Infolinia MetLife** – telefoniczne centrum obsługi Klienta, odpowiedzialne za obsługę Umowy. Podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie Infolinii MetLife może być osoba trzecia działająca na zlecenie Towarzystwa,

 WYJAŚNIENIE: W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących Umowy prosimy o kontakt z Infolinią MetLife pod numerem +48 22 558 00 48 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).

- mobilna sieć Orange** – ruchoma publiczna sieć telekomunikacyjna wykorzystująca między innymi takie standardy jak GSM 900/1800 lub UMTS, obsługiwana przez Operatora,
- niepoczytalność** – utrata przez Ubezpieczonego możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu o całkowitym lub częściowym ubezwłasnowolnieniu Ubezpieczonego,
- nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,

 WAŻNE: Prosimy o zwrócenie uwagi, iż zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są nieszczęśliwym wypadkiem w rozumieniu Umowy.

10. **okres obowiązywania Umowy** – okres, na który *Umowa* zostaje zawarta lub przedłużona. Pierwszy okres obowiązywania *Umowy* trwa od *daty zawarcia Umowy* do ostatniego dnia *okresu rozliczeniowego* rozpoczynającego się po *dacie zawarcia Umowy*. Każdy kolejny okres obowiązywania *Umowy* odpowiada kolejnemu *okresowi rozliczeniowemu*,
11. **okres rozliczeniowy** – okres, za który dokonywane są rozliczenia zobowiązań *Abonenta mobilnej* lub *stacjonarnej sieci Orange* wobec *Operatora* z tytułu świadczonych usług telekomunikacyjnych,
12. **oparzenie** – termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie skóry co najmniej drugiego stopnia (IIB) wskutek *NW*, określone w Tabeli złamań i oparzeń wskutek *NW*. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte oparzenia wywołane ekspozycją na promienie słoneczne, promieniowanie RTG, promieniowanie UV, promieniowanie radioaktywne. Rozległość oparzenia ustalana jest przez lekarza konsultanta powołanego przez *Towarzystwo* według Reguły dziewiątek – Wallace’a lub tabeli Lunda lub Browdera,
13. **Operator** – Orange Polska Spółka Akcyjna z siedzibą i adresem w Warszawie (02-326) przy Al. Jerozolimskich 160, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 000010681; REGON 012100784, NIP 526-02-50-995; z pokrytym w całości kapitałem zakładowym wynoszącym 3.937.072.437 złotych, działająca jako agent ubezpieczeniowy *Towarzystwa*,
14. **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 8002ST17,
15. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
16. **Polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiany przez *Towarzystwo* potwierdzający zawarcie *Umowy* oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego*,
17. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalność,
18. **składka** – kwota wskazana w *Polisie*, jaką *Ubezpieczony* jest zobowiązany regularnie opłacać z tytułu *Umowy*,
19. **stacjonarna sieć Orange** – stacjonarna sieć telekomunikacyjna, w której zakończenia sieci mają stałą lokalizację,
20. **suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w *Polisie*, która określa maksymalne zobowiązanie *Towarzystwa* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
21. **termin płatności składki** – termin zapłaty *składki* wskazany przez *Operatora* w treści rachunku telefonicznego za dany *okres rozliczeniowy*,



WYJAŚNIENIE: Składka uwzględniona jest na fakturze za świadczenie usług telekomunikacyjnych i powinna być opłacona wraz z fakturą. Ważne jest, aby opłacić ją w terminie wskazanym na rachunku telefonicznym.

22. **trwałe inwalidztwo wskutek NW** – nie mniejsze niż 10% uszkodzenie ciała *Ubezpieczonego* spowodowane fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi w wyniku tego samego *NW*, polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny, zgodnie z warunkami *Umowy*, określone w Tabeli norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku. Tabela ta stanowi integralną część *Umowy* i jest dostępna w biurze głównym *Towarzystwa*, jego upoważnionych przedstawicielstwach, a także na stronie internetowej *Towarzystwa* i *Operatora*. Obrażenia, o których mowa powyżej, muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*, muszą być stwierdzone w ciągu 180 dni od daty *NW* oraz trwać przez 6 kolejnych miesięcy, licząc od dnia *NW* i w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie rokują dalszej poprawy po zakończeniu okresu leczenia i rehabilitacji,



PRZYKŁAD: W przypadku utraty części ciała, np. prawej dłoni, ocena trwałości inwalidztwa i wypłata świadczenia dokonywana jest przed zakończeniem procesu leczenia i rehabilitacji.

23. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (00-450), przy ul. Przemysłowej 26, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 0000028131, NIP: 526-030-50-06, działająca na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego,
24. **Ubezpieczony** – *Abonent mobilnej* lub *stacjonarnej sieci Orange* wskazany w *Polisie*, będący stroną zawartej z *Operatorem Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych*, który zawarł z *Towarzystwem Umowę* i którego życie i zdrowie jest przedmiotem *Umowy*. Na potrzeby *Umowy Ubezpieczony* jest także *Ubezpieczającym*,
25. **Umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych** – umowa zawarta pomiędzy *Abonentem mobilnej* lub *stacjonarnej sieci Orange* oraz *Operatorem*, na podstawie której *Abonent mobilnej* lub *stacjonarnej sieci Orange* korzysta ze stałego dostępu do sieci telekomunikacyjnej *Operatora* oraz ze świadczonych przez niego usług telekomunikacyjnych w *mobilnej* lub *stacjonarnej sieci Orange*,

26. **Umowa** – umowa ubezpieczenia, na którą składają się postanowienia niniejszych *OWU*, *Polisa* oraz wszelkie oświadczenia woli *Ubezpieczonego* i *Towarzystwa* załączone do umowy ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część,
27. **Uposażony** – osoba uprawniona do świadczeń na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* przewidzianych *Umową*. O ile *Ubezpieczony* nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do świadczeń w pierwszej kolejności jest małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku rodziców i osób wymienionych powyżej świadczenie to zostanie wypłacone osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczyliby po *Ubezpieczonym*,
28. **zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach i zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, lub uprawianiu dyscypliny sportowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem, w tym stypendium,
29. **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada,
30. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach *Umowy*, które zaistniało w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
31. **złamanie** – potwierdzone przez lekarza złamanie urazowe kości wskutek *NW*, określone w Tabeli złamań i oparzeń wskutek *NW*. Na potrzeby niniejszych *OWU* wyróżnia się następujące rodzaje złamań:
 - a) **złamanie otwarte** – złamanie z przerwaniem ciągłości skóry (rana w miejscu złamania),
 - b) **złamanie z przemieszczeniem** – złamanie, w którym odłam kostny są przemieszczone względem siebie,
 - c) **złamania wielomiejscowe, wielopoziomowe** – złamania jednej kości na kilku poziomach, ale nie są to złamania wieloodłamowe,
 - d) **złamania wieloodłamowe** – złamania, w których występuje wiele odłamów kostnych w miejscu złamania. Złamania wieloodłamowe tej samej kości traktowane są jako jedno złamanie,
 - e) **złamanie kompresyjne** – złamanie, które prowadzi do zapadnięcia i zmniejszenia wysokości kości.

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia

1. Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia *Ubezpieczonego*.



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

Artykuł 4. Zakres ubezpieczenia

1. Zakres ochrony obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - złamania i oparzenia *Ubezpieczonego* wskutek *NW*,
 - trwałe inwalidztwo *Ubezpieczonego* wskutek *NW*.
2. **Świadczenie na wypadek śmierci *Ubezpieczonego***
Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu*, w przypadku śmierci *Ubezpieczonego*, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tego tytułu.
3. **Świadczenie na wypadek złamania i oparzenia *Ubezpieczonego* wskutek *NW***
 - a) Jeżeli w wyniku *nieszczęśliwego wypadku* *Ubezpieczony* dozna złamania lub oparzenia, *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie określone w Tabeli złamań i oparzeń wskutek *NW*, która stanowi załącznik do *Umowy*, jako procentowa wartość sumy ubezpieczenia z tytułu złamania i oparzenia wskutek *NW*.
 - b) W żadnym przypadku łączna suma wszystkich wypłaconych świadczeń z tytułu złamania i oparzenia wskutek *NW* dla każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w *Polisie* nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tego tytułu, włączając świadczenia już wypłacone.
4. **Świadczenie na wypadek trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego* wskutek *NW***
 - a) W przypadku trwałego inwalidztwa wskutek *NW* *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie określone w Tabeli norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku jako procentowa wartość sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego inwalidztwa wskutek *NW*, o ile stwierdzone inwalidztwo nie będzie mniejsze niż 10%.
 - b) Za całkowitą i nieodwracalną stratę funkcji narządu lub kończyny uważa się jej anatomiczną stratę powodującą trwałe inwalidztwo.
 - c) Jeżeli wskutek *nieszczęśliwego wypadku* nastąpi częściowa strata funkcji narządu lub kończyny, procentowe wartości sumy ubezpieczenia wskazane w Tabeli norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku zostaną naliczone proporcjonalnie do stopnia ograniczenia czynności narządu lub kończyny.

- d) Przy stracie lub uszkodzeniu kończyny górnej, jeśli *Ubezpieczony* udowodni swoją leworęczność, będą miały zastosowanie procentowe wartości *sumy ubezpieczenia* należne za utratę prawej górnej kończyny, podane w Tabeli norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- e) Jeżeli w wyniku tego samego *nieszczęśliwego wypadku* doszło do zaistnienia obrażeń w obrębie kilku narządów lub kończyn, *Towarzystwo* wypłaci świadczenie stanowiące sumę części *sumy ubezpieczenia* na wypadek *trwałego inwalidztwa wskutek NW*, odpowiadających poszczególnym narządom lub kończynom, jednak nie więcej niż do 100% orzeczonego trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*.
- f) Ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, iż trwałe inwalidztwo ustalone w oparciu o tę Tabelę nie jest mniejsze niż 10%.
- g) Świadczenie zostanie wypłacone po okresie leczenia, zaleconej rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia inwalidztwa oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u *Ubezpieczonego* przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, świadczenie zostanie zmniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.
- h) Świadczenie z tytułu *trwałego inwalidztwa wskutek NW* zostanie pomniejszone o kwoty wypłacone wcześniej lub należne – zgodnie z warunkami *Umowy* – z tytułu tego samego *nieszczęśliwego wypadku*.



PRZYKŁAD: Jeżeli w tym samym nieszczęśliwym wypadku doszło do różnych obrażeń ciała i nastąpiła strata stopy (orzeczone trwałe inwalidztwo w wysokości 45%) oraz usztywnienie stawu biodrowego (orzeczone trwałe inwalidztwo w wysokości 40%), *Towarzystwo* wypłaci świadczenie za obydwa obrażenia – w sumie 85% sumy ubezpieczenia. Ochrona z tytułu trwałego inwalidztwa *NW* może trwać nadal, aż do wypłaty świadczenia za 100% trwałego inwalidztwa. Oznacza to, że jeśli w przyszłości nastąpi kolejny wypadek skutkujący orzeczeniem trwałego inwalidztwa powyżej 15% – *Towarzystwo* wypłaci świadczenie maksymalnie za 15% trwałego inwalidztwa.

- i) W żadnym przypadku łączna suma wszystkich wypłaconych świadczeń z tytułu *trwałego inwalidztwa wskutek NW* nie może przekroczyć 100% *sumy ubezpieczenia* z tego tytułu, włączając świadczenia już wypłacone. W przypadku więcej niż jednego uszkodzenia ciała świadczenie wypłacone zgodnie z punktem 4 nie może przekroczyć 100% *sumy ubezpieczenia* na wypadek *trwałego inwalidztwa wskutek NW* wskazanej w *Polisie*.
- 5. Wysokość *sum ubezpieczenia* są wskazane w *Polisie*, zgodnie z wariantem wskazanym przez *Ubezpieczonego*.
- 6. Wypłata świadczeń z tytułu powyższych zdarzeń ubezpieczeniowych nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w artykule 9 Wyłączenia odpowiedzialności *Towarzystwa*.

Artykuł 5. Zawarcie Umowy i początek odpowiedzialności *Towarzystwa*



WAŻNE: Abonent wyraża zgodę na zawarcie *Umowy* oraz składa niezbędne oświadczenia podczas rejestrowanej rozmowy telefonicznej. Do zawarcia *Umowy* dochodzi następnego dnia po otrzymaniu przez Abonenta *Polisy* oraz niniejszych OWU, które są niezbędne do zawarcia *Umowy*. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po złożeniu ustnej zgody na zawarcie *Umowy*, pod warunkiem opłacenia składki.

1. Ochroną ubezpieczeniową na podstawie *Umowy* mogą zostać objęci tylko ci *Abonenci mobilnej* lub *stacjonarnej sieci Orange*, których miejsce zamieszkania jest na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i którzy w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończyli 18. rok życia, a nie ukończyli 65. roku życia.
2. Zawarcie *Umowy* z naruszeniem punktu 1 powyżej jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie *Towarzystwa* z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej *składki*.
3. *Ubezpieczony* jest zobowiązany do podania prawdziwych informacji, o które *Towarzystwo* zapytywało przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową.
4. *Umowa* zostaje zawarta pierwszego dnia następującego po doręczeniu *Ubezpieczonemu Polisy* i OWU, które są niezbędne do zawarcia *Umowy*.
5. Ochrona ubezpieczeniowa dla danego *Abonenta mobilnej* lub *stacjonarnej sieci Orange* rozpoczyna się pierwszego dnia najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po złożeniu ustnej zgody na zawarcie *Umowy*, pod warunkiem opłacenia *składki*, z uwzględnieniem ustępu 6 poniżej.
6. W przypadku, gdy okres pomiędzy dniem rozmowy telefonicznej a dniem rozpoczęcia najbliższego okresu rozliczeniowego jest krótszy niż 7 dni roboczych, ochrona ubezpieczeniowa w ramach *Umowy* oraz odpowiedzialność *Towarzystwa* w stosunku do *Ubezpieczonego* rozpoczyna się w pierwszym dniu następnego okresu rozliczeniowego.
7. *Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazana jest w *Polisie*.
8. *Umowa* zawierana jest na okres od *daty zawarcia Umowy* do ostatniego dnia okresu rozliczeniowego rozpoczynającego się po *dacie zawarcia Umowy* (pierwszy okres obowiązywania *Umowy*). Po pierwszym okresie

obowiązywania Umowy ulega ona przedłużeniu na kolejny okres obowiązywania Umowy, o ile w danym okresie obowiązywania Umowy Ubezpieczony opłaci składkę przed upływem okresu karencji (14-dniowa prolongata liczona od terminu płatności składki).

9. W przypadku przedłużenia Umowy wysokość składki i inne warunki Umowy mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
10. W przypadku zmiany warunków, na jakich Umowa może być przedłużana, Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczonego w terminie nie później niż 30 dni przed datą, do której Ubezpieczony jest zobowiązany opłacić kolejną składkę.
11. Opłacenie przez Ubezpieczonego składki w wysokości zaoferowanej przez Towarzystwo jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich Umowa jest przedłużana. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczonego zmienionych warunków Umowy nie będzie ona przedłużana i wygaśnie z końcem okresu obowiązywania Umowy, za który opłacono składkę.
12. Towarzystwo może nie wyrazić zgody na przedłużenie Umowy na kolejny okres obowiązywania Umowy. W takim przypadku Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczonego w terminie nie później niż 14 dni przed datą, do której Ubezpieczony jest zobowiązany opłacić kolejną składkę. Powiadomienie może nastąpić w formie elektronicznej na numer telefonu Abonenta mobilnej lub stacjonarnej sieci Orange.

Artykuł 6. Opłacanie składek

1. Wysokości składki i sum ubezpieczenia określone są w *Polisie*.
2. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa i okresów odroczenia odpowiedzialności, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku osób uprawniających do ubezpieczenia, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
3. Składki za każdy okres rozliczeniowy płatne są miesięcznie z góry.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest do zapłaty składek w wysokości określonej w *Polisie* do terminu płatności składki.
5. Datą opłacenia składki jest dzień przekazania składki Operatorowi przez Ubezpieczonego.
6. Pierwsza składka powinna zostać opłacona w terminie płatności składki za pierwszy okres rozliczeniowy rozpoczynający się po dniu rozmowy telefonicznej, w trakcie której Ubezpieczony wyraził wolę zawarcia Umowy. W przypadku, gdy rozmowa telefoniczna odbyła się w terminie krótszym niż 7 dni roboczych przed rozpoczęciem najbliższego okresu rozliczeniowego, pierwsza składka powinna zostać opłacona w terminie płatności składki za drugi okres rozliczeniowy rozpoczynający się po dniu rozmowy telefonicznej.
7. Ubezpieczonemu, który nie opłaci składki w terminie jej płatności, przysługuje dodatkowa 14-dniowa prolongata terminu płatności (okres karencji), liczona od terminu płatności składki.
8. Nieopłacenie składki spowoduje wygaśnięcie Umowy i ochrony ubezpieczeniowej z upływem okresu obowiązywania Umowy, za który została zapłacona składka, o czym Towarzystwo powiadomi Ubezpieczonego co najmniej 14 dni przed datą wygaśnięcia ochrony. Powiadomienie może nastąpić w formie elektronicznej na numer telefonu Abonenta mobilnej lub stacjonarnej sieci Orange.

Artykuł 7. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia



WAŻNE: Prosimy o możliwie szybkie powiadomienie Towarzystwa o zaistniałym wypadku.

1. Zawiadomienie o roszczeniu

- 1.1. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów określonych poniżej:
 - a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego osoba uprawniona do świadczenia składa:
 - kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - kopię dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do świadczenia;
 - b) w przypadku złamania i oparzenia Ubezpieczonego wskutek NW lub trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW Ubezpieczony składa:
 - wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - kopię dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile Ubezpieczony jest w ich posiadaniu, lub nazwę i adres placówki prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona,

- w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
- kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.

WYJAŚNIENIE: W sprawie wypłaty świadczenia można się zwrócić do Towarzystwa w jeden z poniższych sposobów:

- **telefonicznie** – za pośrednictwem Infolinii MetLife – tel. +48 22 558 00 48 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: MetLife TUnZiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom. Formularze dostępne są także na stronie internetowej Operatora i Towarzystwa.

- 1.2. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Polski, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.

WAŻNE: W celu rozpatrzenia roszczenia wymagane jest złożenie dokumentacji roszczeniowej przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.

2. Zgłoszenie roszczenia

W przypadku zgłoszenia roszczenia Towarzystwo przesyła zgłaszającemu roszczenie wyżej wymienione formularze, których wypełnienie pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia z tytułu Umowy oraz odpowiedzialności Towarzystwa. Formularze te są także dostępne na stronie internetowej Towarzystwa. Wypełnione formularze powinny zostać odesłane do Towarzystwa wraz z wszelkimi dokumentami wymaganymi przez Towarzystwo.

3. Badania lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia zasadności i wysokości świadczenia odpowiadającego warunkom Umowy. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią OWU. Świadczenia należne z tytułu złamania i oparzenia *Ubezpieczonego* wskutek *NW* lub trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego* wskutek *NW* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

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

4. Wypłata świadczenia

- 4.1. Towarzystwo zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 4.2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w 30-dniowym terminie wskazanym powyżej.
- 4.3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo powiadamia pisemnie osoby uprawnione o odmowie przyznania świadczenia, wskazując w uzasadnieniu podstawę faktyczną i prawną odmowy w terminach określonych powyżej.
- 4.4. Świadczenie spełniane jest w formie jednorazowej wypłaty.

5. Dodatkowe informacje

- 5.1. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów, w tym także do weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych.
- 5.2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do występowania z wnioskami do policji, prokuratury, sądów, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

WYJAŚNIENIE: Towarzystwo może zwrócić się z prośbą do placówek medycznych i organów administracji publicznej o dodatkowe informacje, o czym każdorazowo poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.

Artykuł 8. Wskazanie i zmiana Uposażonego



WAŻNE: Uposażonym może być dowolna osoba. Uposażonego wskazuje Ubezpieczony. Aby to uczynić, prosimy o podanie:

1. imienia i nazwiska Ubezpieczonego oraz jego nr. PESEL wraz z kopią dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy),
2. nr. Polisy,
3. nazwy Operatora (Orange),
4. imion i nazwisk Uposażonych wraz z ich nr. PESEL, danymi kontaktowymi (adres, numer telefonu) oraz określeniem udziału procentowego.

Pod oświadczeniem o wskazaniu Uposażonego musi podpisać się Ubezpieczony.

Świadczenie wypłacone na podstawie Umowy z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkom od spadków i darowizn.

1. *Ubezpieczony* ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany *Uposażonego*.
2. *Uposażony* może być wskazany przez *Ubezpieczonego* podczas rozmowy, w czasie której *Ubezpieczony* wyraził chęć zawarcia *Umowy*.
3. *Ubezpieczony* może także wskazać lub zmienić *Uposażonych* w dowolnym czasie poprzez złożenie do *Towarzystwa* formularza wskazania lub zmiany *Uposażonych*. Do formularza tego powinna zostać załączona kopia dowodu tożsamości *Ubezpieczonego*. Formularz zmiany lub wskazania *Uposażonego* należy wystąpić na adres *Towarzystwa* wskazany w liście powitalnym lub podany za pośrednictwem *Infolinii MetLife*.
4. *Ubezpieczony*, wskazując *Uposażonych*, określa procentowy udział każdego z *Uposażonych* w kwocie świadczenia, z dokładnością do 1%. W przypadku, gdy *Ubezpieczony* wskazał kilku *Uposażonych* i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie świadczenia, przyjmuje się, że wszystkie udziały w kwocie świadczenia są równe. Natomiast, jeżeli udziały wszystkich *Uposażonych* nie sumują się do 100%, wysokość udziałów ustala się proporcjonalnie do wyznaczonych przez *Ubezpieczonego* udziałów tak, aby wszystkie udziały sumowały się do 100%.
5. Wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne, jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

Artykuł 9. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa



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

Towarzystwo odmówi spełnienia świadczenia z tytułu złamania i oparzenia *Ubezpieczonego* wskutek *NW* oraz trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego* wskutek *NW*, jeżeli obrażenia fizyczne *Ubezpieczonego* powstały w wyniku:

- a) choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, w tym nerwice (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyku, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skażenia lub zranienia),
- b) wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez *Ubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- c) jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
- d) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
- e) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- f) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych albo w wyniku obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
- g) pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
- h) zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu,
- i) wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, speleologia, sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
- j) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- k) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Artykuł 10. Odstąpienie od Umowy

1. *Ubezpieczony* ma prawo odstąpić od *Umowy* w terminie 30 dni od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie*.
2. Oświadczenie o odstąpieniu składane jest *Towarzystwu* w formie ustnego lub pisemnego oświadczenia o odstąpieniu. Oświadczenie o odstąpieniu może być również złożone *Operatorowi* działającemu jako agent ubezpieczeniowy *Towarzystwa*.
3. Oświadczenie o odstąpieniu w formie ustnej *Ubezpieczony* może złożyć za pośrednictwem *Infolinii MetLife*.
4. *Ubezpieczony* może odstąpić od *Umowy* również w formie pisemnego oświadczenia wysyłanego na adres podany w liście powitalnym. W przypadku pisemnego odstąpienia od *Umowy* termin na odstąpienie od *Umowy* uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie *Ubezpieczonego* o odstąpieniu zostało wysłane.
5. Odstąpienie od *Umowy* jest skuteczne i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem złożenia ustnego oświadczenia o odstąpieniu na *Infolinii MetLife*, w dniu wpływu pisemnego oświadczenia na adres podany w liście powitalnym lub z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu *Operatorowi*.
6. W przypadku odstąpienia od *Umowy* *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczonemu* zapłaconą składkę. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo potrącenia części *składki* za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
7. Zwrot *składki* nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez *Towarzystwo* oświadczenia *Ubezpieczonego* o odstąpieniu od *Umowy*.



WAŻNE: Oświadczenie o odstąpieniu lub rozwiązaniu Umowy najlepiej:

- przesłać (w formie pisemnej) na adres: MetLife TUnŻiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom,
- złożyć (w formie ustnej) za pośrednictwem Infolinii MetLife: tel. +48 22 558 00 48 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).

Artykuł 11. Rozwiązanie Umowy

1. *Ubezpieczony* może wypowiedzieć *Umowę* w dowolnym momencie jej obowiązywania.
2. Oświadczenie o rozwiązaniu *Umowy* składane jest *Towarzystwu* w formie ustnego lub pisemnego oświadczenia o rozwiązaniu. Oświadczenie o rozwiązaniu *Umowy* może być również złożone *Operatorowi* działającemu jako agent ubezpieczeniowy *Towarzystwa*.
3. Oświadczenie o rozwiązaniu *Umowy* w formie ustnej *Ubezpieczony* może złożyć za pośrednictwem *Infolinii MetLife*.
4. *Ubezpieczony* może rozwiązać *Umowę* również w formie pisemnego oświadczenia wysyłanego *Towarzystwu* na adres podany w liście powitalnym.
5. Rozwiązanie *Umowy* jest skuteczne i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem *okresu rozliczeniowego*, w którym oświadczenie o rozwiązaniu zostało złożone na *Infolinii MetLife*, wpłynęło na adres podany w liście powitalnym lub zostało złożone *Operatorowi*.

Artykuł 12. Wygaśnięcie Umowy

Umowa, a wraz z nią ochrona ubezpieczeniowa, wygasa lub nie ulega przedłużeniu w każdym z następujących przypadków:

- a) jeżeli *Ubezpieczony* zawarł *Umowę* jako *Abonent mobilnej sieci Orange* – z dniem rozwiązania *Umowy* o świadczenie usług telekomunikacyjnych w mobilnej sieci *Orange*,
- b) jeżeli *Ubezpieczony* zawarł *Umowę* jako *Abonent stacjonarnej sieci Orange* – z dniem rozwiązania *Umowy* o świadczenie usług telekomunikacyjnych w stacjonarnej sieci *Orange*,
- c) z powodu nieopłacenia *składki*, zgodnie z zapisami artykułu 6 punkt 8,
- d) z końcem *okresu rozliczeniowego* – po zgłoszeniu przez *Ubezpieczonego* rozwiązania *Umowy*, zgodnie z artykułem 11,
- e) z chwilą śmierci *Ubezpieczonego*,
- f) z chwilą wypłaty 100% sumy ubezpieczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego opisanego w artykule 4 ustęp 4,
- g) z końcem *okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 70. rok życia,
- h) *Ubezpieczony* został w trakcie trwania *Umowy* uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu *niepoczytalności*,
- i) z dniem odstąpienia od *Umowy* przez *Ubezpieczonego*, zgodnie z artykułem 10.

W przypadku punktów a), b) i h) powyżej *Towarzystwo* zwróci część *składki* za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 13. Podatki

Wszelkie podatki związane z *Umową* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych *OWU* są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2014 r., poz. 851 j.t. z późn. zm.).

Artykuł 14. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczony, Uposażony* lub uprawniony z *Umowy* może złożyć *reklamację*:
 - a) pisemnie na adres: MetLife TUnŻIR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: kontakt@metlife.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem: +48 22 558 00 48 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - d) osobiście w siedzibie *Towarzystwa*.
2. Każda *reklamacja* złożona zgodnie z punktem 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 punkcie 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania *reklamacji*. W takim przypadku *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego *reklamację* o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.



WYJAŚNIENIE: Skomplikowane przypadki to takie, w których zaistnieje konieczność ustalenia dodatkowych okoliczności i zebrania brakujących informacji niezbędnych dla rozpatrzenia reklamacji.

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 *Ubezpieczonym, Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy* może zwrócić się w sprawie *reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
7. *Towarzystwo* wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej podajemy adresy stron internetowych obu podmiotów: Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl> oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny.

Artykuł 15. Prawo właściwe, doręczenia, właściwość sądu, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla *Umowy* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Korespondencja wysyłana przez *Towarzystwo* odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
3. Wszelkie oświadczenia i korespondencję przekazane *Operatorowi* w formie pisemnej, w związku z *Umową* zawartą na podstawie niniejszych OWU, uznaje się za doręczone *Towarzystwu*.
4. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczonym, Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy*, spadkobiercą *Ubezpieczonego* lub spadkobiercą uprawnionego z *Umowy* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczonego, Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy*, spadkobiercy *Ubezpieczonego* lub spadkobiercy uprawnionego z *Umowy*.
5. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie internetowej *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.



WYJAŚNIENIE: *Towarzystwo* publikuje sprawozdania na stronie internetowej od 2017 roku.

7. W relacjach z *Ubezpieczonym* zastosowanie ma język polski.
8. W przypadkach i w zakresie określonym w art. 98 ustęp 2 pkt 2 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 392 z późn. zm.) świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą być zaspokojone ze środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

Warszawa, 9 stycznia 2017 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa


Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

Tabela złamań i oparzeń wskutek NW

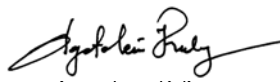
I. Wyplata z tytułu złamania		
Lp.	Rodzaj złamania	%
1.	Złamania biodra lub miednicy (z wyłączeniem kości udowej lub ogonowej) a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem) b) wszystkie inne złamania otwarte c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem) d) wszystkie inne złamania	100 50 30 20
2.	Złamania kości udowej a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem) b) wszystkie inne złamania otwarte c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem) d) wszystkie inne złamania	50 40 30 20
3.	Złamania podudzia, kostek, łokcia, ramienia lub przedramienia (włączając nadgarstek, lecz z wyłączeniem złamania typu Colles) a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem) b) wszystkie inne złamania otwarte c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem) d) wszystkie inne złamania	40 30 20 15
4.	Złamania żuchwy a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem) b) wszystkie inne złamania otwarte c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem) d) wszystkie inne złamania	30 20 16 8
5.	Złamania strzałki, topatki, mostka, śródreżca, śródstopia a) wszystkie złamania otwarte b) wszystkie inne złamania	20 10
6.	Złamania przedramienia typu Colles, Smith, Burton itp. a) złamania otwarte b) inne złamania	20 10
7.	Złamania kręgosłupa (kręgi, lecz z wyłączeniem kości ogonowej), za każdy, ale nie więcej niż 100% a) wszystkie złamania kompresyjne b) wszystkie złamania wyrostków kolczystych, poprzecznych, nasad łuków c) wszystkie inne złamania	20 20 10
8.	Złamania żebra lub żeber (za każde zebro, ale nie więcej niż 100%), kości jarzmowych, kości ogonowej, nosa a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem) b) wszystkie inne złamania otwarte c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem) d) wszystkie inne złamania	16 12 8 4
9.	Złamania obojczyka, rzepki, pięty a) złamania otwarte b) złamania wieloodłamowe c) wszystkie inne złamania	30 20 10
10.	Złamania mózgoczaszki i twarzoczaszki (z wyłączeniem nosa, zębów i kości jarzmowych) a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem) b) wszystkie inne złamania otwarte c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem) d) wszystkie inne złamania	100 50 30 15

II. Wypłata z tytułu oparzenia		
Lp.	Rodzaj oparzenia	%
1.	Oparzenia dróg oddechowych z zaburzeniami oddechu	100
2.	Oparzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego ze zwężeniem i upośledzeniem odżywienia	100
3.	Oparzenia ciała obejmujące 27% lub więcej powierzchni ciała	100
4.	Oparzenia ciała obejmujące 18% lub więcej, ale nieprzekraczające 27% powierzchni ciała	60
5.	Oparzenia ciała obejmujące 9% lub więcej, ale nieprzekraczające 18% powierzchni ciała	30
6.	Oparzenia ciała obejmujące 4,5% lub więcej, ale nieprzekraczające 9% powierzchni ciała	16

Warszawa, 9 stycznia 2017 roku



Lukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa