

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie na życie oraz na wypadek hospitalizacji
lub śmierci wskutek NW

Informacja dotycząca ubezpieczenia Wsparcie Leczenia

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 – str. 4 art. 8 – str. 6
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 – str. 2 art. 4 pkt. 3, 4, 5, 6 – str. 4 art. 10 – str. 8




Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 8006ST17

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 Ubezpieczenie na życie oraz na wypadek hospitalizacji lub śmierci wskutek NW, zawartej pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczonym* i stanowią integralną część tej Umowy.


Artykuł 2. Definicje

Definicje określeń użytych w niniejszych OWU:


- Bank** – Alior Bank Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, działający jako agent ubezpieczeniowy *Towarzystwa*,
- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
- data zawarcia Umowy** – data opłacenia pierwszej *składki*,
- dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji*,

**WYJAŚNIENIE:** Pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień przyjęcia do szpitala, niezależnie od tego, o której godzinie przyjęcie nastąpiło. Natomiast ostatnim dniem hospitalizacji jest dzień wypisu ze szpitala. Jeżeli Ubezpieczony został przyjęty do szpitala w poniedziałek o godzinie 17, a został wypisany w czwartek o godzinie 10 w tym samym tygodniu, to hospitalizacja trwała 4 dni.

- hospitalizacja** – pobyt w *szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w *szpitalu* w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego,
- 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 801 102 209 (koszt połączenia zgodny z taryfą 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.

9. **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)** – wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, w rozumieniu powszechnie obowiązujących regulacji prawnych, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru, w tym również Oddział Intensywnej Terapii (OIT) oraz Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK),
10. **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 8006ST17,
11. **pacjent stały** – osoba, której *hospitalizacja* trwała nieprzerwanie co najmniej 2 dni kalendarzowe, licząc od dnia przyjęcia do dnia wypisania ze szpitala,
12. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
13. **Polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiony przez *Towarzystwo* lub przez *Bank* w imieniu *Towarzystwa* potwierdzający zawarcie *Umowy* oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego*,
14. **rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływanie korekcyjne po przebytych urazach lub *chorobach*, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
15. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności,
16. **składka** – kwota wskazana w *Polisie*, jaką *Ubezpieczony* jest zobowiązany regularnie opłacać z tytułu *Umowy*,
17. **suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w *Polisie*, która określa maksymalne zobowiązanie *Towarzystwa* w przypadku zajścia *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
18. **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, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria,



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

19. **śmierć wskutek NW** – śmierć *Ubezpieczonego*, która nastąpiła w terminie 180 dni od daty *nieszczęśliwego wypadku* i której bezpośrednią i wyłączną przyczyną były fizyczne obrażenia ciała *Ubezpieczonego* powstałe wskutek *nieszczęśliwego wypadku*,
20. **termin płatności składki** – dzień miesiąca odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w *Polisie*,
21. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (00-450), ul. Przemysłowa 26,
22. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna wskazana w *Polisie*, będąca stroną zawartej z *Bankiem* umowy o świadczenie usług bankowych, która zawarła z *Towarzystwem Umowę* i której życie i zdrowie jest przedmiotem *Umowy*. Na potrzeby *Umowy Ubezpieczony* jest także *Ubezpieczającym*,
23. **Umowa** – umowa ubezpieczenia, na którą składają się postanowienia niniejszych *OWU*, *Polisa* oraz wszelkie oświadczenia woli *Ubezpieczonego* załączone do umowy ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część,
24. **umowa o świadczenie usług bankowych** – umowa zawarta pomiędzy *Ubezpieczonym* a *Bankiem*, na podstawie której *Ubezpieczony* korzysta ze świadczeń przez *Bank* usług,
25. **Uposażony** – osoba uprawniona do świadczeń na wypadek śmierci *Ubezpieczonego*, przewidzianych *Umową*. O ile *Ubezpieczony* nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do świadczeń jest małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczyliby po *Ubezpieczonym*,
26. **wojna** – zorganizowana walka zbrojna między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi, lub operacje wojenne, inwazja, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojna domowa, rebelia, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia, ogłoszenie lub wypowiedzenie stanu wojennego albo wojny,
27. **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,
28. **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,

29. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach *Umowy*, które zaistniało w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej – śmierć, *hospitalizacja* wskutek *NW* lub *choroby*, w tym *hospitalizacja* na *OIOM* wskutek *NW* lub *choroby*, *hospitalizacja* wskutek *NW*, w tym *hospitalizacji* na *OIOM* wskutek *NW*, *śmierć* wskutek *NW*.

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia

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, w zależności od Wariantu, obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) **Wariant Brązowy, Wariant Srebrny i Wariant Złoty:**
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - *hospitalizację* *Ubezpieczonego* wskutek *NW* lub *choroby*,
 - *hospitalizację* *Ubezpieczonego* na *OIOM* wskutek *NW* lub *choroby*,
 - b) **Wariant Platynowy, Wariant Rubinowy i Wariant Diamentowy:**
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - *hospitalizację* *Ubezpieczonego* wskutek *NW*,
 - *hospitalizację* *Ubezpieczonego* na *OIOM* wskutek *NW* oraz
 - *śmierć* *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. **Dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* *Ubezpieczonego* wskutek *NW* lub *choroby*** (Wariant Brązowy, Wariant Srebrny i Wariant Złoty)
 - a) *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* lub *choroby*, jeżeli *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji* jako *pacjent stały* w następnym:
 - *nieszczęśliwego wypadku* powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej niniejszymi *OWU* lub
 - *choroby*, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się po 90 dniach od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w *Polisie* i przed końcem miesiąca, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65. rok życia.
 - b) Dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* lub *choroby* jest płatne za każdy dzień *hospitalizacji* *Ubezpieczonego* w charakterze *pacjenta stałego*, licząc od dnia przyjęcia do *szpitala*, pod warunkiem, że *hospitalizacja* trwała co najmniej 4 kolejne dni.
 - c) W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w *Polisie* i po końcu miesiąca, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65. rok życia, wysokość dziennego świadczenia na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* stanowi dwukrotność dziennego świadczenia na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* lub *choroby*.
 - d) Okres *hospitalizacji*, za który naliczane jest dzienne świadczenie za pobyt w *szpitalu*, nie może przekroczyć 90 dni dla każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w *Polisie*.



WAŻNE: Prosimy zwrócić uwagę, że w każdym roku trwania ochrony ubezpieczeniowej dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wypłacane jest za maksymalnie 90 dni pobytu w szpitalu będącego następstwem *nieszczęśliwego wypadku* lub *choroby*.

4. **Dodatkowe dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* *Ubezpieczonego* na *OIOM* wskutek *NW* lub *choroby*** (Wariant Brązowy, Wariant Srebrny i Wariant Złoty)
 - a) *Towarzystwo* podwyższy dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* *Ubezpieczonego* wskutek *NW* lub *choroby* o dodatkowe dzienne świadczenie za pobyt na *OIOM* wskutek *NW* lub *choroby*, jeżeli *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji* jako *pacjent stały* i w trakcie tego pobytu w *szpitalu* podlegał *hospitalizacji* na *OIOM* jako *pacjent stały* w następnym:
 - *nieszczęśliwego wypadku* powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej niniejszymi *OWU* lub

- choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się po 90 dniach od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w *Polisie* i przed końcem miesiąca, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65. rok życia.
 - b) Dodatkowe dzienne świadczenie za hospitalizację *Ubezpieczonego* na *OIOM* wskutek *NW* lub choroby jest płatne za każdy dzień hospitalizacji *Ubezpieczonego* w charakterze pacjenta stałego, licząc od dnia przyjęcia do szpitala, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 4 kolejne dni.
 - c) W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w *Polisie* i po końcu miesiąca, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65. rok życia, wysokość dziennego świadczenia na wypadek hospitalizacji na *OIOM* wskutek *NW* stanowi dwukrotność dziennego świadczenia na wypadek hospitalizacji na *OIOM* wskutek *NW* lub choroby.
 - d) Maksymalny okres pobytu *Ubezpieczonego* na *OIOM*, za który naliczane jest to dzienne świadczenie, wynosi 15 dni w ciągu każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w *Polisie*.
5. **Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji *Ubezpieczonego* wskutek *NW*** (Wariant Platynowy, Wariant Rubinowy i Wariant Diamentowy)
- a) Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji wskutek *NW*, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej *Ubezpieczony* podlegał hospitalizacji jako pacjent stały.
 - b) Dzielne świadczenie na wypadek hospitalizacji wskutek *NW* jest płatne za każdy dzień hospitalizacji *Ubezpieczonego* w charakterze pacjenta stałego, licząc od dnia przyjęcia do szpitala, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 4 kolejne dni.
 - c) Okres hospitalizacji, za który naliczane jest dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji wskutek *NW*, nie może przekroczyć 90 dni dla każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w *Polisie*.



WAŻNE: Prosimy zwrócić uwagę, że w każdym roku trwania ochrony ubezpieczeniowej dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji wypłacane jest za maksymalnie 90 dni pobytu w szpitalu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku.

6. **Dodatkowe dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji *Ubezpieczonego* na *OIOM* wskutek *NW*** (Wariant Platynowy, Wariant Rubinowy i Wariant Diamentowy)
- a) Towarzystwo podwyższy dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji *Ubezpieczonego* wskutek *NW* o dodatkowe dzienne świadczenie za pobyt na *OIOM* wskutek *NW*, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej *Ubezpieczony* podlegał hospitalizacji jako pacjent stały i w trakcie tego pobytu w szpitalu podlegał hospitalizacji na *OIOM* jako pacjent stały.
 - b) Dodatkowe dzienne świadczenie za hospitalizację *Ubezpieczonego* na *OIOM* wskutek *NW* jest płatne za każdy dzień hospitalizacji *Ubezpieczonego* w charakterze pacjenta stałego, licząc od dnia przyjęcia do szpitala, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 4 kolejne dni.
 - c) Maksymalny okres pobytu *Ubezpieczonego* na *OIOM*, za który naliczane jest to dzienne świadczenie, wynosi 15 dni w ciągu każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w *Polisie*.
7. **Świadczenie na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* wskutek *NW*** (Wariant Platynowy, Wariant Rubinowy i Wariant Diamentowy)
Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* wskutek *NW* w wysokości sumy ubezpieczenia z tego tytułu.
8. Wysokości sum ubezpieczenia są wskazane w *Polisie* i zależą od Wariantu ubezpieczenia.
9. Wypłata świadczenia z tytułu powyższych zdarzeń ubezpieczeniowych nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w artykule 10 Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł 5. Kwalifikacja do ubezpieczenia

Ubezpieczonym może zostać osoba, która w dniu zawarcia *Umowy*:

- a) dla Wariantu Brązowego, Wariantu Srebrnego i Wariantu Złotego ukończyła 18. rok życia, a nie ukończyła 50. roku życia,
- b) dla Wariantu Platynowego, Wariantu Rubinowego i Wariantu Diamentowego ukończyła 50. rok życia, a nie ukończyła 66. roku życia
oraz
- c) zawarła z Bankiem umowę o świadczenie usług bankowych i umowa ta pozostaje w mocy, oraz
- d) posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub kartę stałego pobytu.

Artykuł 6. Zawarcie Umowy i początek odpowiedzialności Towarzystwa

1. Zawarcie *Umowy* z naruszeniem punktu a) lub b) w artykule 5 jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie *Towarzystwa* z wyjątkiem zwrotu otrzymanej *składki*.
2. *Umowa* zostaje zawarta z dniem opłacenia pierwszej *składki* przez *Ubezpieczonego*.
3. Data opłacenia *składki* jest dzień przekazania *składki* *Bankowi* przez *Ubezpieczonego*.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w *Polisie*.
5. *Umowa* zawierana jest na okres jednego miesiąca i jest automatycznie przedłużana na kolejne miesięczne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość *składki* i inne warunki *Umowy* mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
6. W przypadku zmiany warunków, na jakich *Umowa* może być przedłużana, *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczonego* nie później niż 30 dni przed datą, do której *Ubezpieczony* jest zobowiązany opłacić kolejną *składkę*.
7. 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 upływem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
8. *Towarzystwo* może nie wyrazić zgody na przedłużenie *Umowy* na kolejne miesięczne okresy. W takim przypadku *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczonego* nie później niż 30 dni przed datą, do której *Ubezpieczony* jest zobowiązany opłacić kolejną *składkę*.

Artykuł 7. Opłacanie składek

1. *Składkę* ustala *Towarzystwo* z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności *Towarzystwa* i okresów odroczenia odpowiedzialności, okresu ubezpieczenia, wyniku indywidualnej oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego osoby, która ma być objęta ochroną ubezpieczeniową, w tym wieku oraz wykonywanej pracy, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy*.
2. *Składki* płatne są w trybie miesięcznym.
3. *Ubezpieczony* zobowiązany jest do zapłaty *składek* w wysokości określonej w *Polisie*.
4. Pierwsza *składka* powinna zostać opłacona w terminie 60 dni od daty rozmowy telefonicznej, w trakcie której została wyrażona chęć zawarcia *Umowy* przez *Ubezpieczonego*. W przypadku nieopłacenia pierwszej *składki* w wyżej wymienionym terminie *Umowa* nie zostaje zawarta, a ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się.
5. W przypadku nieopłacenia przez *Ubezpieczonego* *składki* w terminie jej płatności *Umowa* nie ulega przedłużeniu na kolejny miesięczny okres, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa z upływem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
6. W okresie pierwszych dwóch miesięcy obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej *Towarzystwo* udziela ochrony za kwotę równą jednej *składce* wskazanej w *Polisie*.

Artykuł 8. Zgłaszanie roszczenia i wypłata świadczenia



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

1. Zawiadomienie o roszczeniu

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 śmierci *Ubezpieczonego* wskutek *NW* osoba uprawniona do świadczenia, oprócz dokumentów wymienionych powyżej, składa:
 - odpis skrócony aktu zgonu *Ubezpieczonego* w oryginale lub kopię potwierdzoną notarialnie,
 - kopię zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu *Ubezpieczonego* lub kopię statystycznej karty zgonu, lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu, w tym wynik sekcji zwłok, jeżeli była ona przeprowadzona,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba uprawniona do świadczenia jest w ich posiadaniu, lub podanie adresu i nazwy placówki prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona,
 - w przypadku wypadków przy pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę;

- c) w przypadku *hospitalizacji Ubezpieczonego*, w tym *hospitalizacji na OIOM* wskutek *NW* lub *choroby* lub *hospitalizacji Ubezpieczonego*, w tym *hospitalizacji na OIOM* 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 karty informacyjnej pobytu w *szpitalu* zawierającej niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia wraz z wynikami badań,
 - w przypadku pobytu na *OIOM/OIT/OIOK* – kopię karty informacyjnej pobytu na danym oddziale,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwę i adres placówki prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona (o ile przyczyną *hospitalizacji* był *nieszczęśliwy wypadek*),
 - w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.



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

- **pocztą elektroniczną** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 52 64 (koszt połączenia zgodny z taryfą operatora)
- **korrespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: *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.

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

- a) 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*.
- b) Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.

3. Wypłata świadczeń

- a) *Towarzystwo* zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.
- b) 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.
- c) 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.
- d) Świadczenie spełniane jest w formie jednorazowej wypłaty.

4. Dodatkowe informacje

- a) 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.
- b) *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 9. 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 dokumentu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowodu osobistego, paszportu),
2. nr. Polisy,
3. nazwy Banku (Alior Bank S.A.),
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* przez złożenie *Towarzystwu* pisemnego oświadczenia z dołączoną kopią dokumentu tożsamości.
2. Zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *Towarzystwo* skutecznego oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
3. Wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne, jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku świadczenie jemu przysługujące spełniane jest na rzecz pozostałych osób uprawnionych do świadczenia proporcjonalnie do przypadających im udziałów lub najbliższej rodzinie zgodnie z zasadami opisanymi w artykule 2 ustęp 25 *OWU*.

Artykuł 10. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. *Towarzystwo* odmówi spełnienia świadczenia z tytułu *hospitalizacji Ubezpieczonego*, w tym *hospitalizacji* na *OIOM* wskutek *NW* lub *choroby*, powstałej w wyniku:
 - a) wszelkich fizycznych obrażeń ciała powstałych przed rozpoczęciem ochrony przewidzianej niniejszymi *OWU*,
 - b) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - c) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorób współistniejących z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
 - d) *choroby*, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie było prowadzone w ciągu 24 miesięcy przed rozpoczęciem ochrony przewidzianej niniejszymi *OWU*,
 - e) zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w tym nerwice (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz w wyniku kuracji wycieczkowej lub leczenia skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 - f) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - g) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych *Umową* albo w wyniku *rehabilitacji*, jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia, w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym *szpitala*,
 - h) alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także w wyniku przebywania pod wpływem wyżej wymienionych substancji w momencie zajścia *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
 - i) wykonania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
 - j) *wojny*, strajków 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, albo w wyniku aktów terroryzmu,
 - k) jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
 - l) *zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu* albo w wyniku 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, albo w wyniku uczestnictwa w *zawodach z użyciem pojazdów kołowych*, zawodach z użyciem łyżki lub nart wodnych lub zawodach konnych.
2. Ponadto wypłata świadczeń z tytułu *hospitalizacji*, w tym *hospitalizacji* na *OIOM* wskutek *NW* oraz *śmierci* wskutek *NW*, nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne *Ubezpieczonego* powstały w wyniku zdarzeń określonych w punkcie 1 lit. f), h), j), k), l) powyżej, a także 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, kręgoszyku, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia), lub jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie *hospitalizacji*,
- b) zdarzenia związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądowego lub promieniotwórczość,
- c) 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,
- d) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.

Artykuł 11. Odstąpienie od Umowy

1. *Ubezpieczony* ma prawo do odstąpienia od *Umowy* w terminie 30 dni od *daty* jej zawarcia.
2. Oświadczenie o odstąpieniu składane jest *Towarzystwu* w formie ustnego lub pisemnego oświadczenia o odstąpieniu.
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 *Polisie*. 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* lub wpływu pisemnego oświadczenia na adres podany w *Polisie*.
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: *Ubezpieczony* może odstąpić od *Umowy* w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. *Ubezpieczony* ma także możliwość rozwiązania *Umowy* w każdym momencie jej obowiązywania. Obydwa przypadki powodują wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku odstąpienia – ochrona wygasa z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu, zaś w przypadku rozwiązania *Umowy* – ochrona wygasa z upływem miesiąca, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.

Artykuł 12. Rozwiązanie Umowy

1. *Ubezpieczony* może wypowiedzieć *Umowę* w dowolnym momencie jej obowiązywania.
2. Rozwiązanie *Umowy* następuje w formie ustnego lub pisemnego oświadczenia.
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 wysłanego *Towarzystwu* na adres podany w *Polisie*.
5. Rozwiązanie *Umowy* jest skuteczne i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.

Artykuł 13. Wygaśnięcie Umowy

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

- a) w dniu śmierci *Ubezpieczonego*,
- b) z dniem odstąpienia od *Umowy* przez *Ubezpieczonego*, zgodnie z artykułem 11,
- c) z dniem rozwiązania *Umowy*, zgodnie z artykułem 12,
- d) z powodu nieprzedłużenia *Umowy* z powodu nieopłacenia *składki* – z upływem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*, zgodnie z postanowieniami artykułu 7,
- e) *Ubezpieczony* kończy 70 lat – z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpi to zdarzenie,
- f) *Ubezpieczony* został w trakcie obowiązywania *Umowy* uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu *niepoczytalności*,
- g) rozwiązana została lub wygasła *umowa o świadczenie usług bankowych* lub nastąpiło odstąpienie od niej – z dniem rozwiązania, wygaśnięcia lub odstąpienia od tej *umowy*.

W przypadku punktu b), f) i g) powyżej *Towarzystwo* zwróci część *składki* za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 14. 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 15. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczony*, *Uposażony* lub uprawniony z *Umowy* może złożyć *reklamację*:
 - a) pisemnie na adres *Towarzystwa*: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: kontakt@metlife.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem +48 801 102 209 (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 16. 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 *Bankowi* 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 ust. 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

Karta Produktu

Karta Produktu zawiera podstawowe informacje dotyczące **Ubezpieczenia na życie oraz na wypadek hospitalizacji lub śmierci wskutek NW „Wsparcie Leczenia” (8006)**. Karta Produktu nie jest częścią umowy ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. (Towarzystwo) z siedzibą w Warszawie we współpracy z Alior Bank S.A. (Bank) z siedzibą w Warszawie i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie i pomóc Klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza z **Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia „Wsparcie Leczenia” (OWU)**, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Jeśli cechy produktu zawarte w niniejszej Karcie nie są zrozumiałe lub dopasowanie produktu do potrzeb budzi wątpliwość, warto skontaktować się z Infolinią MetLife przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Podstawowe dane dotyczące ubezpieczenia

1. Ubezpieczony/Ubezpieczający

Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, będąca stroną zawartej z Bankiem umowy o świadczenie usług bankowych, która w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia:

- w Wariantach: Brązowym, Srebrnym i Złotym – ukończyła 18. rok życia, a nie ukończyła 50. roku życia,
 - w Wariantach: Platynowym, Rubinowym i Diamentowym – ukończyła 50. rok życia, a nie ukończyła 66. roku życia.
- Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.

2. Towarzystwo

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie

3. Rola Banku

Agent Ubezpieczeniowy – Alior Bank S.A. z siedzibą w Warszawie

4. Typ i charakter umowy ubezpieczenia

Indywidualna umowa ubezpieczenia o charakterze ochronnym (Umowa)

5. Zakres ubezpieczenia

Wariant Brązowy, Wariant Srebrny i Wariant Złoty:

- śmierć Ubezpieczonego,
- hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby,
- hospitalizacja Ubezpieczonego na OIOM wskutek NW lub choroby.

Wariant Platynowy, Wariant Rubinowy i Wariant Diamentowy:

- śmierć Ubezpieczonego,
- hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek NW,
- hospitalizacja Ubezpieczonego na OIOM wskutek NW oraz
- śmierć Ubezpieczonego wskutek NW.

6. Początek ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie. Umowa zostaje zawarta z dniem opłacenia pierwszej składki przez Ubezpieczonego. Datą opłacenia składki jest dzień przekazania składki Bankowi przez Ubezpieczonego.

7. Koniec ochrony ubezpieczeniowej

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

- a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- b) z dniem odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczonego, zgodnie z artykułem 11 OWU,
- c) z dniem rozwiązania Umowy, zgodnie z artykułem 12 OWU,
- d) z powodu nieprzedłużenia Umowy z powodu nieopłacenia składki – z upływem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka, zgodnie z postanowieniami artykułu 7 OWU,
- e) Ubezpieczony kończy 70 lat – z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpi to zdarzenie,
- f) Ubezpieczony został w trakcie trwania Umowy uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu niepoczytalności,
- g) rozwiązana została lub wygasła umowa o świadczenie usług bankowych lub nastąpiło odstąpienie od niej – z dniem rozwiązania, wygaśnięcia lub odstąpienia od tej umowy.

W przypadku punktu b), f) i g) powyżej Towarzystwo zwróci część składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

8. Kontynuacja lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej

1. Umowa zawierana jest na okres jednego miesiąca i jest automatycznie przedłużana na kolejne miesięczne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki i inne warunki Umowy mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.

W przypadku zmiany warunków, na jakich Umowa może być przedłużana, Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczonego nie później niż 30 dni przed datą, do której Ubezpieczony jest zobowiązany opłacić kolejną składkę.

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 upływem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.

Towarzystwo może nie wyrazić zgody na przedłużenie Umowy na kolejne miesięczne okresy. W takim przypadku Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczonego nie później niż 30 dni przed datą, do której Ubezpieczony jest zobowiązany opłacić kolejną składkę.

2. Umowa nie przewiduje wznowiania ochrony ubezpieczeniowej.

9. Składka ubezpieczeniowa

1. Wysokość składki zależna jest od Wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego i jest płatna przez Ubezpieczonego za każdy miesięczny okres trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składka nie jest indeksowana.
3. Wysokość składki dla każdego z Wariantów ochrony podana została w tabeli w punkcie 11 poniżej.
4. Brak innych opłat ponoszonych przez Ubezpieczonego.

10. Świadczenia z tytułu ubezpieczenia i podmioty uprawnione do ich otrzymania

1. **Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego**
Towarzystwo wypłaci Uposażonemu*, w przypadku śmierci Ubezpieczonego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tego tytułu.
2. **Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby** (Wariant Brązowy, Wariant Srebrny i Wariant Złoty)
 - a) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji wskutek NW lub choroby, jeżeli Ubezpieczony podlegał hospitalizacji jako pacjent stały w następnym:– nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej w OWU lub

- choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się po 90 dniach od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie i przed końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.
 - b) Dienne świadczenie na wypadek hospitalizacji wskutek NW lub choroby jest płatne za każdy dzień hospitalizacji Ubezpieczonego w charakterze pacjenta stałego, licząc od dnia przyjęcia do szpitala, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 4 kolejne dni.
 - c) W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie i po końcu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia, wysokość dziennego świadczenia na wypadek hospitalizacji wskutek NW stanowi dwukrotność dziennego świadczenia na wypadek hospitalizacji wskutek NW lub choroby.
 - d) Okres hospitalizacji, za który naliczane jest dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu, nie może przekroczyć 90 dni dla każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie.
- 3. Dodatkowe dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego na OIOM wskutek NW lub choroby (Wariant Brązowy, Wariant Srebrny i Wariant Żłoty)**
- a) Towarzystwo podwyższy dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby o dodatkowe dzienne świadczenie za pobyt na OIOM wskutek NW lub choroby, jeżeli Ubezpieczony podlegał hospitalizacji jako pacjent stały i w trakcie tego pobytu w szpitalu podlegał hospitalizacji na OIOM jako pacjent stały w następnym:
 - nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej w OWU lub
 - choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się po 90 dniach od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie i przed końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.
 - b) Dodatkowe dzienne świadczenie za hospitalizację Ubezpieczonego na OIOM wskutek NW lub choroby jest płatne za każdy dzień hospitalizacji Ubezpieczonego w charakterze pacjenta stałego, licząc od dnia przyjęcia do szpitala, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 4 kolejne dni.
 - c) W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie i po końcu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia, wysokość dziennego świadczenia na wypadek hospitalizacji na OIOM wskutek NW stanowi dwukrotność dziennego świadczenia na wypadek hospitalizacji na OIOM wskutek NW lub choroby.
 - d) Maksymalny okres pobytu Ubezpieczonego na OIOM, za który naliczane jest to dzienne świadczenie, wynosi 15 dni w ciągu każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie.
- 4. Dienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW (Wariant Platynowy, Wariant Rubinowy i Wariant Diamentowy)**
- a) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji wskutek NW, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony podlegał hospitalizacji jako pacjent stały.
 - b) Dienne świadczenie na wypadek hospitalizacji wskutek NW jest płatne za każdy dzień hospitalizacji Ubezpieczonego w charakterze pacjenta stałego, licząc od dnia przyjęcia do szpitala, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 4 kolejne dni.
 - c) Okres hospitalizacji, za który naliczane jest dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji wskutek NW, nie może przekroczyć 90 dni dla każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie.
- 5. Dodatkowe dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego na OIOM wskutek NW (Wariant Platynowy, Wariant Rubinowy i Wariant Diamentowy)**
- a) Towarzystwo podwyższy dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW o dodatkowe dzienne świadczenie za pobyt na OIOM wskutek NW, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony podlegał hospitalizacji jako pacjent stały i w trakcie tego pobytu w szpitalu podlegał hospitalizacji na OIOM jako pacjent stały.
 - b) Dodatkowe dzienne świadczenie za hospitalizację Ubezpieczonego na OIOM wskutek NW jest płatne za każdy dzień hospitalizacji Ubezpieczonego w charakterze pacjenta stałego, licząc od dnia przyjęcia do szpitala, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 4 kolejne dni.
 - c) Maksymalny okres pobytu Ubezpieczonego na OIOM, za który naliczane jest to dzienne świadczenie, wynosi 15 dni w ciągu każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie.
- 6. Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek NW (Wariant Platynowy, Wariant Rubinowy i Wariant Diamentowy)**
- Towarzystwo wypłaci Uposażonemu* świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek NW w wysokości sumy ubezpieczenia z tego tytułu.

Wysokość wszystkich możliwych świadczeń z tytułu ubezpieczenia określa tabela w punkcie 11.

* Uposażony to osoba uprawniona do świadczeń na wypadek śmierci Ubezpieczonego, przewidzianych Umową. O ile Ubezpieczony nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do świadczeń jest małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dziecku Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczyliby po Ubezpieczonym

11. Suma ubezpieczenia

Wariant ochrony	Brązowy	Srebrny	Złoty
Wiek Ubezpieczonego w dniu zawarcia Umowy	18-49		
Zakres świadczeń	Sumy ubezpieczenia		
Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby (Świadczenie przysługuje do 65. roku życia Ubezpieczonego)	60 zł/dzień	80 zł/dzień	100 zł/dzień
Dodatkowe dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego na OIOM wskutek NW lub choroby (Świadczenie przysługuje do 65. roku życia Ubezpieczonego)	60 zł/dzień	80 zł/dzień	100 zł/dzień
Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW (Świadczenie przysługuje po 65. roku życia Ubezpieczonego)	120 zł/dzień	160 zł/dzień	200 zł/dzień
Dodatkowe dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego na OIOM wskutek NW (Świadczenie przysługuje po 65. roku życia Ubezpieczonego)	120 zł/dzień	160 zł/dzień	200 zł/dzień
Śmierć Ubezpieczonego	100 zł	100 zł	100 zł
Składka miesięczna dla Klientów w wieku 18-39 lat	28 zł	36 zł	44 zł
Składka miesięczna dla Klientów w wieku 40-49 lat	35 zł	45 zł	55 zł

Wariant ochrony	Platynowy	Rubiniowy	Diamantowy
Wiek Ubezpieczonego w dniu zawarcia Umowy	50-65		
Zakres świadczeń	Sumy ubezpieczenia		
Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW	200 zł/dzień	250 zł/dzień	300 zł/dzień
Dodatkowe dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego na OIOM wskutek NW	200 zł/dzień	250 zł/dzień	300 zł/dzień
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW	50 000 zł	75 000 zł	100 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego	100 zł	100 zł	100 zł
Składka miesięczna dla Klientów w wieku 50-65 lat	25 zł	33 zł	42 zł

Suma ubezpieczenia nie jest indeksowana.

12. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Zgodnie z postanowieniami OWU artykuł 10:

- Towarzystwo odmówi spełnienia świadczenia z tytułu hospitalizacji Ubezpieczonego, w tym hospitalizacji na OIOM wskutek NW lub choroby, powstałej w wyniku:
 - wszelkich fizycznych obrażeń ciała powstałych przed rozpoczęciem ochrony przewidzianej w OWU,
 - wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorób współistniejących z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
 - choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie było prowadzone w ciągu 24 miesięcy przed rozpoczęciem ochrony przewidzianej w OWU,
 - zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w tym nerwice (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz w wyniku kuracji wyczerkowej lub leczenia skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,

- g) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych Umową albo w wyniku rehabilitacji, jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia, w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym szpitala,
 - h) alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także w wyniku przebywania pod wpływem wyżej wymienionych substancji w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - i) wykonania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
 - j) wojny, strajków albo w wyniku obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania, albo w wyniku aktów terroryzmu,
 - k) jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
 - l) zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu albo w wyniku 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 ruchu drogowym, albo w wyniku uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych.
2. Ponadto wypłata świadczeń z tytułu hospitalizacji, w tym hospitalizacji na OIOM wskutek NW oraz śmierci wskutek NW, nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku zdarzeń określonych w punkcie 1 lit. f), h), j), k), l) powyżej, a także 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 skaleczenia lub zranienia), lub jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie hospitalizacji,
 - b) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - c) 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,
 - d) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

13. Odstąpienie/Rozwiązanie/Wypowiedzenie Umowy

1. Odstąpienie od Umowy jest możliwe w terminie 30 dni od daty jej zawarcia. Oświadczenie o odstąpieniu składane jest Towarzystwu w formie ustnej za pośrednictwem Infolinii MetLife lub w formie pisemnego oświadczenia o odstąpieniu. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w takim wypadku w chwili otrzymania oświadczenia o odstąpieniu przez Towarzystwo. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu zapłaconą składkę. Towarzystwo zastrzeżenie sobie prawo potrącenia części składki za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczonego o odstąpieniu od Umowy.
2. Rozwiązanie Umowy (wypowiedzenie Umowy) jest możliwe w każdym momencie jej obowiązywania. Rozwiązanie Umowy następuje w formie ustnej za pośrednictwem Infolinii MetLife lub w formie pisemnego oświadczenia złożonego Towarzystwu. Umowa, a wraz z nią ochrona ubezpieczeniowa, wygasa z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.

14. Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego

Bezpośrednio do Towarzystwa, niezwłocznie po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego:

- **pocztą elektroniczną** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl,
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 52 64 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnZiR S.A. przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Towarzystwa na terenie całego kraju.

Szczegółowe zasady zgłaszania roszczeń oraz dokumenty, jakie należy dołączyć do zgłoszenia roszczenia wskazane są w OWU w artykule 8.

15. Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania reklamacji i mediacja

Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy może złożyć reklamację:

- pisemnie na adres Towarzystwa: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- elektronicznie na adres e-mail: kontakt@metlife.pl,
- telefonicznie pod numerem +48 801 102 209 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- osobiście w siedzibie Towarzystwa.

Każda reklamacja rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.

W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje składającego reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi. W przypadku niedotrzymania terminu rozpatrzenia reklamacji reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą wnoszącego reklamację.

Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy może zwrócić się w sprawie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.

„Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.

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.

Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

16. Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż klient

Nie dotyczy.

17. Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia

Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego do otrzymania danego świadczenia zawarte są w punkcie 10.

18. Opodatkowanie świadczeń

Wszelkie podatki związane z Umową powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie 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 (j.t. Dz.U. z 2012 r. poz. 361 z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (j.t. Dz.U. z 2014 r. poz. 851 z późn. zm.).

Zasady opodatkowania mogą podlegać zmianom.