

# Ogólne Warunki Ubezpieczenia

## Ubezpieczenie na życie oraz na wypadek trwałego inwalidztwa NW

Informacja dotycząca ubezpieczenia Narastająca Ochrona

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 – str. 4 art. 7 – str. 6 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 – str. 4 art. 9 – str. 8 Tabela norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku




# Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 8003ST17

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:

 <b>WAŻNE</b> Zwracamy Państwa uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy.	 <b>WYJAŚNIENIA</b> Objaśniamy niektóre postanowienia Umowy oraz trudne sformułowania użyte w treści OWU.	 <b>PRZYKŁADY</b> 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 trwałego inwalidztwa 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,

 <b>WYJAŚNIENIE:</b> W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących Umowy prosimy o kontakt z Infolinią MetLife pod numerem (+48) 22 558 00 48 (koszt połączenia zgodny 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,

 <b>WAŻNE:</b> 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. **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 0000010681; REGON 012100784, NIP 526-02-50-995; z pokrytym w całości kapitałem zakładowym wynoszącym 3.937.072.437 złotych, działająca jako agent ubezpieczeniowy *Towarzystwa*,
13. **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 8003ST17,
14. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
15. **Polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiany przez *Towarzystwo* potwierdzający zawarcie *Umowy* oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego*,
16. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności,
17. **składka** – kwota wskazana w *Polisie*, jaką *Ubezpieczony* jest zobowiązany regularnie opłacać z tytułu *Umowy*,
18. **stacjonarna sieć Orange** – stacjonarna sieć telekomunikacyjna, w której zakończenia sieci mają stałą lokalizację,
19. **suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w *Polisie*, która określa maksymalne zobowiązanie *Towarzystwa* w przypadku zajścia *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
20. **Tabela świadczeń** – Tabela norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku z podziałem na rodzaj inwalidztwa i wysokość świadczenia wyrażoną jako wartość procentowa *sumy ubezpieczenia*, dostępna w biurze głównym *Towarzystwa*, jego upoważnionych przedstawicielstwach, a także na stronie internetowej *Towarzystwa* i *Operatora*. Tabela ta stanowi integralną część *Umowy*,
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. **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 TUNZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego,
23. **trwałe inwalidztwo wskutek NW** – w skład którego wchodzi:
  - a) **całkowite i trwałe inwalidztwo** – 100% inwalidztwo *Ubezpieczonego* spowodowane fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi w wyniku tego samego *NW*, określone w *Tabeli świadczeń*. Obrażenia, o których mowa powyżej, muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną całkowitego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*, muszą być stwierdzone w ciągu 180 dni od *daty NW* oraz trwać przez 12 kolejnych miesięcy i w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie rokują dalszej poprawy po zakończeniu okresu leczenia i rehabilitacji,
  - b) **częściowe i trwałe inwalidztwo** – uszkodzenie ciała *Ubezpieczonego* powstałe w wyniku tego samego *NW*, polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny, zgodnie z warunkami *Umowy*, określone w *Tabeli świadczeń*. Obrażenia, o których mowa powyżej, muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*, muszą być stwierdzone w ciągu 180 dni od *daty NW* oraz w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie rokują dalszej poprawy po zakończeniu okresu leczenia i rehabilitacji,



**WYJAŚNIENIE:** W przypadku utraty np. prawej dłoni *Towarzystwo* wypłaca świadczenie w wysokości 60% sumy ubezpieczenia. W sytuacji utraty części ciała ocena trwałości inwalidztwa i wypłata świadczenia dokonywana jest przed zakończeniem procesu leczenia i rehabilitacji.

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 dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku rodziców oraz innych 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** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach *Umowy*, które zaistniały w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

### Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia

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



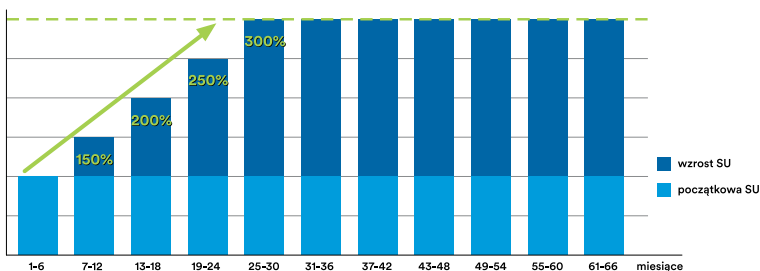
**WAŻNE:** Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

### Artykuł 4. Zakres ubezpieczenia

1. Zakres ochrony obejmuje następujące **zdarzenia ubezpieczeniowe**:
  - a) śmierć *Ubezpieczonego*,
  - b) 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 trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego* wskutek *NW***
  - a) W przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa wskutek *NW* *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego* wskutek *NW*.
  - b) W przypadku częściowego i trwałego inwalidztwa wskutek *NW* *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości części sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego* wskutek *NW*. Wysokość wypłacanej części sumy ubezpieczenia zależy od stopnia trwałego inwalidztwa i jest określona w *Tabeli świadczeń* w procentach.
  - c) Za całkowitą i nieodwracalną stratę funkcji narządu lub kończyny uważa się jej anatomiczną stratę powodującą trwałe inwalidztwo.
  - d) Jeżeli wskutek *nieszczęśliwego wypadku* nastąpi częściowa strata funkcji narządu lub kończyny, procentowe wartości sumy ubezpieczenia wskazane w *Tabeli świadczeń* zostaną naliczone proporcjonalnie do stopnia ograniczenia czynności narządu lub kończyny.
  - e) 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 świadczeń*.
  - f) 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 100% orzeczonego trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*.
  - 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) *Suma ubezpieczenia* na wypadek *trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW*, zgodnie z wybranym przez *Ubezpieczonego* wariantem ubezpieczenia, wzrasta co pół roku od 7. miesiąca do końca 2. roku trwania ochrony ubezpieczeniowej o kwotę równą 50% początkowej *sumy ubezpieczenia* z dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego *Ubezpieczonego*. Pierwszy wzrost wysokości *sumy ubezpieczenia* rozpoczyna się po pierwszych 6 miesiącach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego *Ubezpieczonego*.

**WYJAŚNIENIE:** Przez pierwsze 2 lata trwania ochrony ubezpieczeniowej suma ubezpieczenia z tytułu trwałego inwalidztwa wskutek NW rośnie począwszy od 7. miesiąca ochrony, co pół roku, o 50% kwoty początkowej. Oznacza to, że po upływie 2 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej *Ubezpieczonego* chroniony jest na sumę ubezpieczenia 3-krotnie wyższą niż kwota początkowa, z chwili objęcia go ochroną. Np. jeśli suma ubezpieczenia na początku wynosi 30 000 zł, to po 2 latach będzie wynosiła 90 000 zł, a jeśli 40 000 zł – to analogicznie po 2 latach 120 000 zł. Wzrost ten przedstawiony został na poniższym wykresie.



- i) Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego jest obliczana w oparciu o *sumę ubezpieczenia* obowiązującą w dniu *nieszczęśliwego wypadku*.
- j) 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 obydwie obrażenia – w sumie 85% sumy ubezpieczenia. Ochrona z tytułu *trwałego inwalidztwa wskutek 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*.

- k) 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 3 nie może przekroczyć 100% *sumy ubezpieczenia* na wypadek *trwałego inwalidztwa wskutek NW* wskazanej w *Polisie*.
4. Wysokość *sum ubezpieczenia* są wskazane w *Polisie*, zgodnie z wariantem wskazanym przez *Ubezpieczonego*.
5. 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.

- Ochroną ubezpieczeniową na podstawie *Umowy* mogą zostać objęci tyłko 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.
- Zawarcie *Umowy* z naruszeniem punktu 1 powyżej jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej *składki*.
- 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 uprawnionych 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 *trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW Ubezpieczonego* 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 *Ubezpieczonego* 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 zgodny 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*. *Ubezpieczonego* 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 *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 wysłać 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 *trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW*, jeżeli obrażenia fizyczne *Ubezpieczonego* powstały w wyniku:

- a) choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, w tym nerwicy (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyki, 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 cm<sup>3</sup>,
- 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 czynnie 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 łośzi 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 na rachunek *Ubezpieczonego* u *Operatora* na poczet zobowiązań *Ubezpieczonego* wobec *Operatora* z tytułu świadczonych usług telekomunikacyjnych, o ile *Ubezpieczony* nie złoży odmiennej dyspozycji. *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 TUnZiR 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 zgodny 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* można 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 3,
  - 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](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 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