

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9021ST20 (OWU)

Informacja dotycząca Umowy Ubezpieczenia

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 2 i art. 7
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 1 art. 5

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9021ST20

Komentarze i wyjaśnienia, które znajdują się w ramkach, nie są treścią OWU. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione *kursywą* są zdefiniowane na początku dokumentu.

Wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy Ubezpieczenia.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre postanowienia Umowy oraz trudne sformułowania użyte w treści OWU.



PRZYKŁADY

Pokazujemy, jak w praktyce stosowane są postanowienia Umowy Ubezpieczenia i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) mają zastosowanie do Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Halo Wsparcie OK” zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *Umowy Ubezpieczenia*.

Artykuł 1. Definicje

- Agent** – Capital Service S.A. z siedzibą w Ostrołęce przy ul. Korczaka 73, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego jako agent ubezpieczeniowy w imieniu i na rzecz MetLife, wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000407127, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Krajowego Rejestru Sądowego,
- aktywność zawodowa** – świadczenie pracy na podstawie umowy o pracę lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile z tego tytułu osoba podlega ubezpieczeniu chorobowemu w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i nie posiada prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
- czasowa niezdolność do pracy** – czasowa i całkowita niezdolność *Ubezpieczającego* do wykonywania jego dotychczasowej pracy, która miała miejsce w okresie ochrony na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*, powstała na skutek *choroby* lub *nieszczęśliwego wypadku*, potwierdzona przez pracodawcę lub zleceniodawcę *Ubezpieczającego*, na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA, lub orzeczenia ZUS, lub KRUS,
- dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia** – dzień płatności pierwszej składki za pierwszy *miesięczny okres ochrony*, czyli dzień, w którym wg harmonogramu przypada płatność pierwszej miesięcznej raty w ramach *Umowy o pożyczkę*,
- hospitalizacja** – potwierdzony dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt *Ubezpieczającego* w *szpitalu* w celu leczenia *choroby* lub obrażeń ciała doznanych w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w *szpitalu* w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego,
- Klient** – osoba fizyczna, także wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła *Umowę o pożyczkę* z Capital Service S.A.,
- MetLife** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, 00-450, ul. Przemysłowa 26, wpisane do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUŹIR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego,

- 9) **miesięczna rata** – kwota raty pożyczki z tytułu *Umowy o pożyczkę*, przypadająca w każdym miesiącu do zapłaty, zgodnie z harmonogramem aktualnym na dzień zawarcia *Umowy o pożyczkę*,
- 10) **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczającego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności *MetLife*. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą *chorobą*,



WAŻNE: Zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są nieszczęśliwym wypadkiem ani nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym w rozumieniu tych OWU.

- 11) **nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny (NW komunikacyjny)** – *nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczającego*, który:
- podróżuje, jako kierowca lub pasażer, będącym w ruchu *pojazdem lub środkiem transportu publicznego*, lub
 - porusza się jako pieszy lub rowerzysta i wstaje do przewozu przez *pojazd lub środek transportu publicznego* będący w ruchu,
- 12) **miesięczny okres ochrony** – okres obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej *Ubezpieczającemu* na podstawie *Umowy Ubezpieczenia przez MetLife*, za który *Ubezpieczający* zobowiązany jest do opłacenia *składki*. Z zastrzeżeniem postanowień art. 3 OWU, pierwszy *miesięczny okres ochrony* rozpoczyna się dnia następującego po *dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* i trwa do dnia, w którym zgodnie z harmonogramem przypada termin płatności drugiej miesięcznej raty, pod warunkiem opłacenia składki.
- Drugi miesięczny okres ochrony trwa od zakończenia pierwszego miesięcznego okresu ochrony do dnia, w którym zgodnie z harmonogramem przypada termin płatności trzeciej *miesięcznej raty*, pod warunkiem opłacenia *składki*. Kolejne *miesięczne okresy ochrony* ustala się w sposób analogiczny,
- 13) **pojazd** – pojazd z własnym napędem i silnikiem, który jest przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby tych OWU do definicji *pojazdu* włącza się także pojazdy szynowe, takie jak: lokomotywy, wagony do przewozu osób, elektryczne zespoły trakcyjne, pojazdy do utrzymania nawierzchni i podtorza kolejowego oraz sieci trakcyjnej oraz inne pojazdy poruszające się po szynach napędzane umieszczonym na nich silnikiem,
- 14) **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* kierowane do *MetLife*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *MetLife* lub jego działalność,
- 15) **składka** – kwota określona w *Polisie*, należna *MetLife* z tytułu udzielenia ochrony ubezpieczeniowej *Ubezpieczającemu*,
- 16) **suma ubezpieczenia** – kwota, która określa maksymalne zobowiązanie *MetLife* w przypadku zajścia określonego zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazana w *Polisie*,
- 17) **Polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiany przez *MetLife* lub przez *Agentę* w imieniu *MetLife*, który potwierdza zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczającego*,
- 18) **szpital** – zakład leczniczy, działający 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 całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne szpitala, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria,
- 19) **śmierć wskutek NW / NW komunikacyjnego** – śmierć *Ubezpieczającego*, która nastąpiła w terminie 180 dni od daty *Nieszczęśliwego wypadku / Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego* i której bezpośrednią i wyłączną przyczyną były fizyczne obrażenia ciała *Ubezpieczającego* powstałe *wskutek Nieszczęśliwego wypadku / Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego*,
- 20) **środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób,
- 21) **trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność *Ubezpieczającego* do wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej przychód lub wynagrodzenie, powstała w wyniku *choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku*,
- 22) **Ubezpieczający** – *Klient*, który zawarł z *MetLife* *Umowę Ubezpieczenia* i zobowiązany jest do opłacenia *składki* oraz którego życie i zdrowie jest przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tej *Umowy Ubezpieczenia*, przy czym – w rozumieniu *Umowy Ubezpieczenia* – oznacza jednocześnie *Ubezpiezonego*,
- 23) **Umowa o pożyczkę** – Umowa o pożyczkę gotówkową zawierana pomiędzy *Klientem* a Capital Service S.A.,
- 24) **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Halo Wsparcie OK” zawarta pomiędzy *MetLife* a *Ubezpieczającym*, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, *Polisy* oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy *Ubezpieczającego* oraz *MetLife*, załączone do *Umowy Ubezpieczenia* i stanowiące jej integralną całość,
- 25) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez *Ubezpieczającego* na piśmie jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczającego*. Jeśli *Ubezpieczający* nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek *Ubezpieczającego*. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom *Ubezpieczającego*. W przypadku braku małżonka i dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom *Ubezpieczającego*. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom *Ubezpieczającego* w częściach, w jakich dziedziczą po *Ubezpieczającym*,
- 26) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach tej *Umowy Ubezpieczenia*, określone w art. 2 ust. 3 OWU.

Artykuł 2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia *Ubezpieczającego*.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę, na całym świecie.
3. Zakres ochrony wskazany jest w *Polisie* i obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) śmierć *Ubezpieczającego*,
 - b) śmierć *Ubezpieczającego* wskutek *NW*,
 - c) śmierć *Ubezpieczającego* wskutek *NW komunikacyjnego*,
 - d) trwała niezdolność do pracy *Ubezpieczającego*,
 - e) hospitalizacja min. 3-dniowa *Ubezpieczającego* w wyniku *NW* lub *choroby*,
 - f) czasowa niezdolność do pracy *Ubezpieczającego*.
4. Świadczenie na wypadek **śmierci Ubezpieczającego**
W przypadku śmierci *Ubezpieczającego* w okresie ochrony *MetLife* wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tego tytułu, wskazanej w *Polisie*.
5. Świadczenie na wypadek **śmierci Ubezpieczającego wskutek NW**
W przypadku śmierci *Ubezpieczającego* wskutek *NW* *MetLife* wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu śmierci *Ubezpieczającego* wskutek *NW*, wskazanej w *Polisie*.
6. Świadczenie na wypadek **śmierci Ubezpieczającego wskutek NW komunikacyjnego**
W przypadku śmierci *Ubezpieczającego* wskutek *NW komunikacyjnego* poza świadczeniem, o którym mowa w ust. 5 powyżej, *MetLife* wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu śmierci *Ubezpieczającego* wskutek *NW komunikacyjnego*, wskazanej w *Polisie*.
7. Świadczenie na wypadek **trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczającego**
 - 1) W przypadku stwierdzenia przez *MetLife* wystąpienia *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczającego* *MetLife* wypłaci *Ubezpieczającemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* wskazanej w *Polisie*. Świadczenie jest należne, jeżeli w dniu diagnozy *choroby* lub wystąpienia *nieszczęśliwego wypadku*, które spowodowały *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczającego*, *Ubezpieczający* był objęty ubezpieczeniem na podstawie *Umowy Ubezpieczenia* oraz był *aktywny zawodowo*, z zastrzeżeniem przypadku określonego w ust. 7.2) poniżej.
 - 2) W przypadku *Ubezpieczających*, którzy w dniu diagnozy *choroby* lub wystąpienia *nieszczęśliwego wypadku*, powodujących *trwałą niezdolność do pracy*, mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli *aktywni zawodowo*, za *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczającego* uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń będących wynikiem *NW*, polegających na:
 - całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej głuchocie w obu uszach, spowodowanej urazem, lub
 - stracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej stracie mowy, lub

- całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie obu nóg, lub
 - całkowitej stracie obu stóp, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny górnej (trwałe uszkodzenie nerwu), lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny dolnej (trwałe uszkodzenie nerwu).
- 3) Od daty *nieszczęśliwego wypadku* lub diagnozy *choroby* do momentu uznania, iż spowodowały one *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczającego*, musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, jednak w przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w ust. 7.2) powyżej, *trwała niezdolność do pracy Ubezpieczającego* zostaje stwierdzona z datą *nieszczęśliwego wypadku*, a warunku dotyczącego upływu okresu 6 miesięcy nie stosuje się.
8. Świadczenie z tytułu **hospitalizacji min. 3-dniowej na skutek NW lub choroby**
- 1) *MetLife* wypłaci *Ubezpieczającemu* świadczenie na wypadek *hospitalizacji*, która miała miejsce w okresie ochrony, w wysokości *sumy ubezpieczenia* wskazanej w *Polisie*, jeżeli w następstwie *NW* powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej lub *choroby*, która została rozpoznana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, *Ubezpieczający* podlegał *hospitalizacji* nieprzerwanie przez przynajmniej 3 kolejne dni. Drugie i ostatnie świadczenie, w tej samej wysokości, z tytułu tej samej *hospitalizacji*, zostanie wypłacone, jeśli *Ubezpieczający* kontynuował *hospitalizację* i podlegał jej bez przerwy przez kolejne 12 dni.
 - 2) Jeśli od daty zakończenia ostatniej *hospitalizacji* do dnia rozpoczęcia kolejnej upłynęły przynajmniej 3 miesiące, możliwe jest wypłacenie kolejnego świadczenia za *hospitalizację*, zgodnie z punktem 1).
 - 3) Jeśli *Ubezpieczający* nie jest *aktywny zawodowo* lub ukończył 65 lat, oprócz dwóch świadczeń, o których mowa w punkcie 1) powyżej, możliwa jest wypłata trzeciego świadczenia, pod warunkiem, że *Ubezpieczający* kontynuował *hospitalizację*, bez przerwy, przez kolejne 15 dni i w pierwszym z tych kolejnych 15 dni nie był *aktywny zawodowo* i był objęty ochroną na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*.
9. Świadczenie na wypadek **czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczającego** – dotyczy *Ubezpieczającego*, który w dniu rozpoczęcia tej niezdolności jest *aktywny zawodowo* i nie ukończył 65 lat
- 1) *MetLife* wypłaci *Ubezpieczającemu* pierwsze świadczenie na wypadek *czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczającego* w wysokości *sumy ubezpieczenia* wskazanej w *Polisie*, za pierwsze 30 dni potwierzonego stanu *czasowej niezdolności do pracy*.
 - 2) Drugie i ostatnie świadczenie, z tytułu tej samej *czasowej niezdolności do pracy*, zostanie wypłacone w tej samej wysokości, jeśli *Ubezpieczający* kontynuował daną *czasową niezdolność do pracy* nieprzerwanie przez kolejne 30 dni.
 - 3) Jeśli od daty zakończenia ostatniej *czasowej niezdolności do pracy* do dnia rozpoczęcia kolejnej upłynęło przynajmniej 6 miesięcy, możliwe jest wypłacenie kolejnego świadczenia za *czasową niezdolność do pracy*, zgodnie z punktami 1) i 2).
 - 4) Decyzja *MetLife* o uznaniu *czasowej niezdolności do pracy* zostanie podjęta w oparciu o:
 - a) dokument wystawiony przez pracodawcę/zleceniodawcę, potwierdzający, że w danym terminie pracownik/zleceniobiorca przebywał na zwolnieniu lekarskim na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub orzeczenia ZUS lub KRUS o *czasowej niezdolności do pracy* oraz
 - b) kopię wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydruk formularza e-ZLA (potwierdzony pieczęcią lekarza wystawiającego dokument), lub kopię orzeczenia o *czasowej niezdolności do pracy* wydane przez ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie, potwierdzającego *czasową niezdolność do pracy Ubezpieczającego*.

Artykuł 3. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia, okres ochrony oraz wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia

1. Ubezpieczeniem może być objęty każdy *Klient*, który spełnia łącznie poniższe warunki:
 - a) jest obywatelem polskim, mającym miejsce zamieszkania na terenie Polski,
 - b) złożył za pośrednictwem *Agenta* drogą telefoniczną oświadczenie woli dotyczące zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,
 - c) w dniu złożenia oświadczenia woli dotyczącego zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* ukończył 18 lat i nie ukończył 78 lat.
2. Osoba, która spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęta ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* i opłacenia *składki* za pierwszy *miesięczny okres ochrony*.
3. Z zastrzeżeniem warunków określonych w ust. 1 i 2 powyżej, odpowiedzialność *MetLife* rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*, pod warunkiem opłacenia *składki* za pierwszy *miesięczny okres ochrony*. W przypadku jej nieopłacenia ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się.
4. Zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* z *Ubezpieczającym*, który jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (zwaną dalej „PEP”) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu zgody przez Członka Zarządu *MetLife*, kadry kierowniczą wyższego szczebla lub osobę upoważnioną przez Zarząd *MetLife*.
5. Datą rozpoczęcia ubezpieczenia, w przypadku gdy *Ubezpieczający* jest PEP, jest dzień następujący po dniu wyrażenia zgody na zawarcie *Umowy Ubezpieczenia*, o której mowa w ust. 4 powyżej, pod warunkiem opłacenia *składki* przez *Ubezpieczającego* za pierwszy *miesięczny okres ochrony*.
6. *Umowa Ubezpieczenia* zawierana jest na czas trwania *miesięcznego okresu ochrony*, za który została opłacona *składka*, a następnie jest przedłużana na kolejny taki okres, pod warunkiem opłacenia kolejnej *składki*.
7. *Umowa Ubezpieczenia* wygasa w dniu wystąpienia pierwszego z określonych poniżej zdarzeń:
 - 1) w dniu śmierci *Ubezpieczającego*,
 - 2) z końcem *miesięcznego okresu ochrony*, w którym zgodnie z harmonogramem aktualnym na dzień zawarcia *Umowy o pożyczkę* upłynął okres, na jaki została udzielona pożyczka,
 - 3) z końcem *miesięcznego okresu ochrony*, w którym dokonano wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia*, o którym mowa w art. 6 ust. 4,
 - 4) w przypadku rozwiązania *Umowy o pożyczkę* w terminie wcześniejszym niż określony w harmonogramie aktualnym na dzień zawarcia *Umowy o pożyczkę*,
 - 5) w przypadku stwierdzenia przez *MetLife* *trwałej niezdolności do pracy* i następującej po niej wypłacie świadczenia z tego tytułu – z końcem *miesięcznego okresu ochrony*, w którym miały miejsce diagnoza *choroby* albo *NW*, które spowodowały *trwałą niezdolność do pracy*,
 - 6) w dniu ukończenia przez *Ubezpieczającego* 80. roku życia,
 - 7) w przypadku nieopłacenia *składki* za dany *miesięczny okres ochrony* – z upływem prolongaty płatności *składki* równej *miesięcznemu okresowi ochrony* (nie dotyczy pierwszej *składki*, której nieopłacenie powoduje, że odpowiedzialność *MetLife* nie rozpocznie się).

Artykuł 4. Opłacanie składek

1. *Składkę* ustala *MetLife* z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości świadczeń z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, w tym wyłączeń odpowiedzialności *MetLife*, okresu ochrony, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku osób uprawnionych do zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*.
2. *Składka* opłacana jest przez *Ubezpieczającego* w walucie polskiej za każdy *miesięczny okres ochrony*, a jej wysokość wskazana jest w *Polisie*. Płatna jest z góry za nadchodzący *miesięczny okres ochrony*, w dniu, w którym przypada zapłata *miesięcznej raty pożyczki* zgodnie z terminem wskazanym w harmonogramie spłat.
3. *Składka* za pierwszy *miesięczny okres ochrony* płatna jest wg harmonogramu w dniu płatności pierwszej *miesięcznej raty*. Nieopłacenie *składki* za pierwszy *miesięczny okres ochrony* powoduje, że ochrona się nie rozpocznie.
4. *Składka* za drugi *miesięczny okres ochrony* płatna jest w dniu płatności drugiej *miesięcznej raty*. *Składki* za kolejne *miesięczne okresy ochrony* opłacane są w sposób analogiczny.
5. Od drugiego *miesięcznego okresu ochrony* przysługuje prolongata płatności *składki* na okres równy *miesięcznemu okresowi ochrony*.
6. Nieopłacenie *składki* w terminie, o którym mowa w ust. 4, za każdy kolejny, rozpoczynając od drugiego, *miesięczny okres ochrony* powoduje, że *Umowa Ubezpieczenia* nie zostanie przedłużona na kolejny, po prolongacie płatności *składki*, *miesięczny okres ochrony*. Za okres prolongaty *MetLife* należna jest *składka*.

Artykuł 5. Wyłączenia odpowiedzialności MetLife



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

- Wypłata świadczeń z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie dokonana, jeżeli śmierć, **trwała niezdolność do pracy**, hospitalizacja min. 3-dniowa w wyniku *NW* lub *choroby*, czasowa **niezdolność do pracy Ubezpieczającego** nastąpiły na skutek:
 - choroby* zdiagnozowanej lub leczonej w ciągu pierwszych 24 miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę rozpoczęcia *okresu ochrony* i będącej bezpośrednią przyczyną wystąpienia *zdarzenia ubezpieczeniowego* objętego ochroną na podstawie *Umowy Ubezpieczenia* w okresie 3 miesięcy od rozpoczęcia pierwszego *miesięcznego okresu ochrony*,
 - przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia *zdarzenia ubezpieczeniowego*, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było przyczyną danego *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
 - działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - samobójstwa, popełnionego w ciągu 2 lat od *daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia*,
 - samookaleczenia *Ubezpieczającego* lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez *Ubezpieczającego* oraz świadomego udziału *Ubezpieczającego* w dowolnym działaniu przestępczym.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli **trwała niezdolność do pracy Ubezpieczającego** nastąpiła na skutek:
 - nieudanej próby samobójstwa *Ubezpieczającego*, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od *dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia*,
 - zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - nieprawności stwierdzonej na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli **hospitalizacja min. 3-dniowa w wyniku NW lub choroby Ubezpieczającego** nastąpiła na skutek:
 - wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiające ww. rozpoznanie, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków *nieszczęśliwych wypadków* objętych niniejszą *Umową Ubezpieczenia*,
 - wykonywania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu *choroby* rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli **czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczającego** nastąpiła na skutek:
 - wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków *nieszczęśliwych wypadków* objętych niniejszą *Umową Ubezpieczenia*.

Artykuł 6. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia

- Ubezpieczający* ma prawo zarówno do odstąpienia od *Umowy Ubezpieczenia* w ciągu 30 dni od *dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia*, jak również ma prawo do wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* w całym okresie jej obowiązywania.
- Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu *Umowy Ubezpieczenia* następuje na podstawie wniosku przekazanego *Agentowi* lub bezpośrednio *MetLife*.
- Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, powinno zawierać co najmniej: imię i nazwisko *Ubezpieczającego*, numer PESEL oraz numer *Polisy*.
- W przypadku wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* ta ulega rozwiązaniu z upływem danego *miesięcznego okresu ochrony*, tj. z dniem wymagalności (włącznie z tym dniem) najbliższej (ustalonej zgodnie z harmonogramem) *miesięcznej raty* przypadającej po dniu złożenia przez *Ubezpieczającego* wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia*.
- W przypadku odstąpienia przez *Ubezpieczającego* od *Umowy Ubezpieczenia* w ciągu 30 dni od *dnia jej zawarcia MetLife* dokona zwrotu *Ubezpieczającemu*, za pośrednictwem *Agent*a, całości *składki*. W przypadku odstąpienia uznaje się, że *Ubezpieczający* nie był objęty ochroną.

Artykuł 7. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia



WYJAŚNIENIE: Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić do MetLife w wybrany sposób:

- przez portal e-rozszczenie: www.eroszczeniemetlife.pl,
- na adres e-mail: roszczenia@metlife.pl,
- telefonicznie: +48 22 523 52 64 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- pisemnie na adres: MetLife, Dział Roszczeń, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa.

- Informacje o obsłudze roszczeń, wymaganych dokumentach i możliwościach ich poświadczania znajdują się na stronie www.metlife.pl oraz we wniosku o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych lub dostawców usług telekomunikacyjnych (dalej Formularz). Jest on dostępny na stronie internetowej *MetLife*.
- W terminie 7 dni od daty otrzymania informacji o *zdarzeniu ubezpieczeniowym MetLife* prześle osobie zgłaszającej roszczenie Formularz i poinformuje o wymaganych dokumentach określonych w ust. 3 poniżej.
- W celu ustalenia prawa do świadczenia niezbędne jest przedłożenie *MetLife* dokumentów określonych poniżej:
 - w przypadku wystąpienia **trwałej niezdolności do pracy**:
 - w przypadku osób *aktywnych zawodowo*:
 - a) orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
 - b) potwierdzenia *aktywności zawodowej* (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu, kopia stosownej umowy cywilnoprawnej) *Ubezpieczającego* w dniu diagnozy *choroby* lub wystąpienia *nieszczęśliwego wypadku*, które spowodowały *trwałą niezdolność do pracy*,
 - c) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *trwałej niezdolności do pracy*,
 - d) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie,
 - e) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *trwała niezdolność do pracy* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - f) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *MetLife* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *MetLife*,
 - g) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczającego*;
 - w przypadku osób, które nie były *aktywne zawodowo* lub ukończyły 65. rok życia:
 - a) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczającego*,
 - b) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, potwierdzających, że *zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *nieszczęśliwego wypadku*,
 - c) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *MetLife* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *MetLife*,
 - d) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczającego*;
 - w przypadku **śmierci Ubezpieczającego**, **śmierci wskutek NW** oraz **śmierci wskutek NW komunikacyjnego**:
 - a) kopii odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczającego*,
 - b) kopii statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - c) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli śmierć *Ubezpieczającego* nastąpiła w wyniku *NW* lub *NW komunikacyjnego*,

- d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć *Ubezpieczającego* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - e) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *MetLife* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *MetLife*,
 - f) kopii dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
- 3) w przypadku **hospitalizacji min. 3-dniowej na skutek NW lub choroby**:
- a) kopii dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisów i wyników badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia,
 - b) karty leczenia szpitalnego lub innego dokumentu potwierdzającego *hospitalizację Ubezpieczającego*,
 - c) kopii protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek *NW*,
 - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy,
 - e) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *MetLife* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *MetLife*,
 - f) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczającego*;
- 4) w przypadku **czasowej niezdolności do pracy**:
- a) kopii wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydruku formularza e-ZLA (potwierzonego imienną pieczęcią lekarza wystawiającego dokument) lub kopii orzeczenia o *czasowej niezdolności do pracy* wydane przez ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie, potwierdzającego *czasową niezdolność do pracy Ubezpieczającego*,
 - b) dokumentu potwierdzającego, że w dniu rozpoczęcia *czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczający* uzyskiwał dochód z tytułu umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej,
 - c) pisemnego zaświadczenia wystawionego przez pracodawcę/zleceniodawcę potwierdzającego, że w dniu *rozpoczęcia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczający* uzyskiwał dochód z tytułu umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej,
 - d) dokumentu wystawionego przez pracodawcę/zleceniodawcę potwierdzającego, że w danym terminie pracownik/zleceniobiorca przebywał na zwolnieniu lekarskim na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o *czasowej niezdolności do pracy*,
 - e) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *czasowej niezdolności do pracy*,
 - f) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli *zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *NW*,
 - g) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę/zleceniodawcę, gdy *nieszczęśliwy wypadek* powodujący *czasową niezdolność do pracy* wydarzył się w miejscu świadczenia pracy,
 - h) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *MetLife* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *MetLife*,
 - i) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczającego*.
4. Na podstawie otrzymanych dokumentów *MetLife* potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*.
5. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *MetLife* poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
6. *MetLife* ma prawo też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyć notariusz lub organ wydający dokument.
7. Dokumentacja dotycząca *zdarzenia ubezpieczeniowego*, które miało miejsce poza granicami Polski, musi być przetłumaczona na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt osoby, która zgłasza roszczenie.
8. *MetLife* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgnięcia opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
9. *MetLife* może wystąpić z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, placówek medycznych i innych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności *zdarzenia ubezpieczeniowego*, o czym poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.
10. *MetLife* zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.
11. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *MetLife* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia *MetLife* wypłaci w 30-dniowym terminie wskazanym w ust. 10 powyżej.
12. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *MetLife* może odmówić wypłaty całości lub części świadczenia.
13. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, *MetLife* powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione do świadczenia, uzasadniając odmowę w terminach określonych w ust. 10 i 11 powyżej.

Artykuł 8. Badanie lekarskie

1. *MetLife* może przeprowadzić badania *Ubezpieczającego* przez lekarza powołanego przez *MetLife*, gdy przedłożona dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia odpowiadającego warunkom *Umowy Ubezpieczenia*. Badania te są wykonywane we współpracującej z *MetLife* placówce medycznej najbliższego miejsca zamieszkania *Ubezpieczającego*.
2. *Ubezpieczający* jest zobowiązany na koszt *MetLife* poddać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli *Ubezpieczający* odmówi poddania się badaniom, *MetLife* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*.

Artykuł 9. Wskazanie i zmiana Uposażonego

1. *Ubezpieczający* może wskazać lub zmienić *Uposażonego* przez doręczenie do *MetLife* oświadczenia w formie pisemnej.
2. W celu wskazania lub zmiany *Uposażonego* należy podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko *Ubezpieczającego*,
 - b) nr *Polisy*,
 - c) imię i nazwisko *Uposażonego*,
 - d) datę urodzenia *Uposażonego*,
 - e) udział procentowy *Uposażonego* w części świadczenia.
3. W przypadku braku wskazania procentowego udziału lub jeśli łączny udział procentowy nie sumuje się do 100%, świadczenia zostaną wypłacone *Uposażonym* w równych częściach.
4. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie *Uposażonego* świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 7 poniżej.
5. Aktualizacja lub zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *MetLife* oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
6. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczającego* albo umyślnie przyczynił się do śmierci *Ubezpieczającego*, wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne.
7. W przypadku braku *Uposażonych* uprawnionych do świadczenia świadczenie otrzyma małżonek *Ubezpieczającego*. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom *Ubezpieczającego* w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom *Ubezpieczającego* w częściach równych. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom *Ubezpieczającego* w częściach, w jakich dziedziczą po *Ubezpieczającym*.



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

Artykuł 10. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczający*, *Uposażony* lub uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia* może złożyć *reklamację*:
 - 1) pisemnie na adres siedziby *MetLife*: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - 2) na adres e-mail: kontakt@metlife.pl,
 - 3) telefonicznie: +48 22 523 52 64 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
2. Każda *reklamacja* złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.

3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie *reklamacji* i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania *reklamacji*. W takim przypadku *MetLife* poinformuje niezwłocznie składającego *reklamację*, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.



WAŻNE: Termin 60 dni na odpowiedź *MetLife* ws. reklamacji dotyczy tylko sytuacji, w których zebranie brakujących informacji lub ustalenie dodatkowych okoliczności jest niezbędne dla wyjaśnienia sprawy. *MetLife* będzie informowało o wydłużeniu terminu.

4. O ile składający *reklamację* nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na *reklamację* zostanie udzielona przez *MetLife* 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 *MetLife*.
6. Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczającym*, *Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* może zwrócić się w sprawie *reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
7. *MetLife* 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 11. Postanowienia kolizyjne

Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych *OWU* a postanowieniami *Polisy* rozstrzygają postanowienia *Polisy*.

Artykuł 12. Podatki

Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie tych *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 2019 poz. 1387 t.j.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2019 poz. 865 t.j.).

Artykuł 13. Doręczenia

Korespondencja wysyłana przez *MetLife* do *Ubezpieczającego* lub *Uposażonego* będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres *Ubezpieczającego* lub *Uposażonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

Artykuł 14. Prawo właściwe, właściwość sądu, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące w Polsce.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy Ubezpieczenia* lub z nią związane pomiędzy *MetLife* a *Ubezpieczającym*, *Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia*, spadkobiercą *Ubezpieczającego* lub spadkobiercą uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczającego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*, spadkobiercy *Ubezpieczającego* lub spadkobiercy uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Działalność *MetLife* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *MetLife* publikowane są na stronie www.metlife.pl po zakończeniu roku sprawozdawczego.
5. Komunikacja z *MetLife* odbywa się w języku polskim.

Artykuł 15. Aktualizacja informacji

1. *Ubezpieczający* jest zobowiązany do niezwłocznego informowania *MetLife* o zmianach swoich danych osobowych i kontaktowych. W przypadkach uzasadnionych przepisami prawa *MetLife* może poprosić o dokument tożsamości *Ubezpieczającego* w celu weryfikacji jego tożsamości oraz zmienionych danych osobowych.
2. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania *MetLife* o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Warszawa, 27 stycznia 2020

Mirosław Kiszyk
Prezes Zarządu *MetLife*

Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu *MetLife*