

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9927SI18 (OWU)

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 i 8
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 1-2, 4, 13 art. 7 art. 11

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9927SI18 (OWU)

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

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kwestie bezpośrednio dotyczące Umowy ubezpieczenia, które są kluczowe według postanowień prawa.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.



PRZYKŁADY

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

Artykuł 1. Wstęp

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Umowy zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy.

Artykuł 2. Definicje

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane wielkimi literami oznaczają:

- Aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy, lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile z tego tytułu osoba podlega ubezpieczeniu chorobowemu w ramach ubezpieczenia społecznego i nie nabyła prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych.
- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
- Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia** – pisemna deklaracja składana przez Korzystającego wyrażającego wolę przystąpienia do Ubezpieczenia.
- 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 lecznictwa uzdrowiskowego.
- Klient/Korzystający** – osoba fizyczna, która zawarła z Ubezpieczającym Umowę leasingu lub osoba fizyczna wskazana przez osobę prawną, będącą stroną Umowy leasingu z Ubezpieczającym.
- Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy i spowodowało u Ubezpieczonego Uszkodzenie ciała.
- Operator** – agent ubezpieczeniowy działający w imieniu i na rzecz Towarzystwa: Marsh Services sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa.
- Rata wynagrodzenia brutto** – miesięczna rata wynagrodzenia zawierająca wszystkie opłaty (w tym składki z tytułu ubezpieczenia komunikacyjnego) zgodnie z Umową leasingu i pierwotnym harmonogramem opłat leasingowych stanowiącym integralną część Umowy leasingu (lub w przypadku zmian harmonogramu – miesięczna wysokość raty wynagrodzenia po zmianie, pod warunkiem że okres Umowy leasingu pozostaje bez zmian – w przeciwnym wypadku zastosowanie mają wartości z pierwotnie ustalonego harmonogramu), powiększona o podatek od towarów i usług (VAT), który na dzień zawarcia niniejszej Umowy wynosi 23%. Jeśli w trakcie obowiązywania niniejszej Umowy ulegną zmianie przepisy podatkowe, w tym wysokość podatku VAT, Strony zgodnie postanawiają, że zmiana ta nie będzie miała wpływu na wysokość świadczeń wypłacanych osobom objętym ochroną ubezpieczeniową przed dniem zmiany przepisów. Zmiana ta będzie miała zastosowanie tylko do nowych Ubezpieczonych. Zmiana stawki VAT może mieć wpływ na wysokość stawek ubezpieczeniowych dla nowych Ubezpieczonych.

9. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy kierowane do Towarzystwa, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo lub jego działalności.
10. **Składka** – kwota, która jest należna Towarzystwu z tytułu udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy, opłacana Towarzystwu przez Ubezpieczającego.
11. **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, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.



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

12. **Towarzystwo** – 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, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131. MetLife TUnŻIR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
13. **Trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, z zastrzeżeniem postanowień art. 4 ust. 1 OWU.
14. **Ubezpieczający** – RCI Leasing Polska sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.
15. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy.
16. **Ubezpieczony** – Klient, który podpisał Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia i został objęty ochroną ubezpieczeniową zgodnie z postanowieniami OWU oraz Umowy. W ramach jednej Umowy leasingu Ubezpieczeniem może być objętych maksymalnie 6 osób fizycznych.
17. **Umowa leasingu** – umowa leasingu zawierana pomiędzy Korzystającym i Ubezpieczającym.
18. **Umowa** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie Korzystających „Bezpieczny Leasing” nr 9927 zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
19. **Uposażony** – osoba lub podmiot wskazany przez Ubezpieczonego, uprawniony do otrzymania świadczeń z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
20. **Uszkodzenie ciała** – fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego, będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
21. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach OWU, określone w art. 4 ust. 1.

Artykuł 3. Przedmiot Ubezpieczenia

Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.



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

Artykuł 4. Zakres ochrony

1. Zakres Ubezpieczenia

Zakres Ubezpieczenia obejmuje:

- a) śmierć Ubezpieczonego,
- b) Hospitalizację na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby,
- c) Trwałą niezdolność do pracy, przy czym dla osób, które w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodujących niezdolność do pracy nie były Aktywne zawodowo, za Trwałą niezdolność do pracy uważa się inwalidztwo polegające na utracie:
 - wzroku w obu oczach lub
 - dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, w trakcie okresu Ubezpieczenia świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 1, 2 i 3 niniejszych OWU, jest wypłacane Uposażonemu zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego, niezależnie od przyczyny śmierci.

3. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby

- 1) W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego należne świadczenie w wysokości określonej w art. 7 ust. 4 i 5, obliczone na dzień rozpoczęcia Hospitalizacji, zostanie wypłacone zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego, pod warunkiem że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby, która ujawniła się, lub Uszkodzenia Ciała, które powstało po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji nieprzerwanie przez co najmniej 30 kolejnych dni.
- 2) Świadczenie szpitalne płatne jest za każdy, począwszy od pierwszego, 30-dniowy okres Hospitalizacji, z zastrzeżeniem zapisów pkt 3) i 4) poniżej.
- 3) Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby to 8 miesięcy.
- 4) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

4. Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego

W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego należne świadczenie w wysokości określonej w art. 7 ust. 1, 2 i 3, obliczone na dzień decyzji Towarzystwa o uznaniu roszczenia, jest wypłacane zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.

W przypadku osób, które w dniu zdarzenia powodującego niezdolność do pracy są Aktywne zawodowo, warunkiem wypłaty świadczenia jest uzyskanie przez Towarzystwo potwierdzenia od Ubezpieczonego, w formie zaświadczenia o zatrudnieniu, podpisanego przez osobę uprawnioną z zakładu pracy, lub wypisu z rejestru lub ewidencji przedsiębiorców, że w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodującej niezdolność do pracy Ubezpieczony był Aktywny zawodowo.

Od daty Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodującej niezdolność do pracy do czasu uznania jej za trwałą musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, Trwała niezdolność do pracy zostaje stwierdzona natychmiast i wyżej wymieniony okres 12 miesięcy nie obowiązuje.

Artykuł 5. Udzielenie i czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

1. Każdy Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli w dniu podpisania Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia ukończył 18 lat, ale nie ukończył 67. roku życia.
2. W przypadku stwierdzenia w terminie trzech lat od dnia podpisania Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, że Klient podał świadomie nieprawdziwe informacje lub podpisał Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia mimo niespełnienia przez niego wymogów w niej określonych, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu opłacone za danego Ubezpieczonego Składki w pełnej wysokości.
3. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia dla poszczególnego Klienta jest dzień aktywacji Umowy leasingu, przypadający jednak nie wcześniej niż następnego dnia po dniu złożenia przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego kończy się:
 - 1) w ostatnim dniu miesięcznego okresu obowiązywania Ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzyma od Ubezpieczającego pisemne potwierdzenie zajścia jednej z określonych poniżej okoliczności:
 - a) wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia od Umowy leasingu,
 - b) dokonania cesji praw Umowy leasingu na podmiot trzeci,
 - c) rezygnacji z Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego;
 - 2) w dniu wystąpienia jednej z poniższych okoliczności:
 - a) odstąpienia od Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego,
 - b) upływu okresu, za który została opłacona Składka,
 - c) upływu okresu, na jaki została zawarta Umowa leasingu,
 - d) śmierci Ubezpieczonego lub uznania Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - e) ukończenia przez Ubezpieczonego 72 lat,
 - f) niuregulowania Składki pomimo upływu terminu wskazanego w wezwaniu, o którym mowa w art. 6 ust. 4.

Artykuł 6. Składka

1. Składka za ubezpieczenie ustalana jest z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu Ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
2. Wysokość Składki określona jest w Umowie.
3. Składki płatne są Towarzystwu przez Ubezpieczającego w złotych polskich z góry za cały okres Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.
4. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki w terminie wymagalności Towarzystwo pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia Składki w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania pod rygorem zakończenia świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego, za którego Składka nie została zapłacona.
5. W przypadku wydłużenia Umowy leasingu o maksymalnie 6 miesięcy Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową bez konieczności dopłaty Składki.

Artykuł 7. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci lub Trwałej niezdolności do pracy jest to suma opcji wykupu, o ile ta ostatnia została przewidziana w Umowie leasingu, oraz pozostałego do spłaty kapitału brutto wynikającego z harmonogramu opłat leasingowych wraz ze zdyskontowanymi odsetkami, obliczanych w wartości brutto (tj. łącznie z podatkiem VAT) na dzień śmierci lub rozpoczęcia Choroby albo NW powodujących Trwałą niezdolność do pracy, wyrażona w walucie Umowy leasingu, jednak nie więcej niż 400.000 (słownie: czterysta tysięcy) złotych.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej:
 - a) w przypadku jednego Ubezpieczonego w ramach Umowy leasingu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia,
 - b) w przypadku więcej niż jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy leasingu świadczeniem jest kwota równa ilorazowi Sumy ubezpieczenia i liczby Ubezpieczonych w ramach danej Umowy leasingu.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony w tym samym czasie posiada więcej niż jedną Umowę leasingu, suma świadczeń z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy przypadających na danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 400.000 (słownie: czterysta tysięcy) złotych.
4. Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji – jest to iloraz miesięcznej Raty wynagrodzenia brutto w walucie Umowy leasingu i liczby Ubezpieczonych w ramach Umowy leasingu. Łączna kwota świadczenia z tytułu jednej Hospitalizacji nie może przekroczyć 30.000 (słownie: trzydzieści tysięcy) złotych.
5. W przypadku gdy Ubezpieczony w tym samym czasie posiada więcej niż jedną Umowę leasingu, suma świadczeń z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego przypadających na danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 30.000 (słownie: trzydzieści tysięcy) złotych.

Artykuł 8. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Operatorowi lub Towarzystwu dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu.
 - 1) **Śmierć Ubezpieczonego**

W przypadku śmierci Ubezpieczonego osoba zgłaszająca roszczenie kontaktuje się z Operatorem w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia. Operator na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie przesyła pocztą na wskazany adres Wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych / dostawców usług telekomunikacyjnych, który po wypełnieniu powinien zostać niezwłocznie odesłany do Operatora wraz z:

 - kopią dokumentu tożsamości Uposażonego,
 - kopią/odpisem skróconym aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - kopią statystycznej karty zgonu lub jakimkolwiek dokumentem medycznym potwierdzającym przyczynę zgonu,
 - kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwą i adresem placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy.

Operator po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
 - 2) **Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego**

W przypadku zgłoszenia roszczenia Operator przekazuje Ubezpieczonemu formularz: Wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych / dostawców usług telekomunikacyjnych, który po wypełnieniu powinien zostać niezwłocznie odesłany do Operatora wraz z:

 - kopią dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
 - orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i Trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
 - kopią dowodu Aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia Choroby albo NW, które spowodowały Trwałą niezdolność do pracy, o ile Ubezpieczony w tym dniu był Aktywny zawodowo,
 - kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
 - kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwą i adresem placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy.

Operator po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
 - 3) **Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby**

W przypadku zgłoszenia roszczenia Operator przekazuje Ubezpieczonemu formularz: Wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych / dostawców usług telekomunikacyjnych, który po wypełnieniu powinien zostać niezwłocznie odesłany do Operatora wraz z:

 - kopią dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
 - kopią 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,
 - kartą leczenia szpitalnego lub innym dokumentem potwierdzającym Hospitalizację Ubezpieczonego,
 - kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwą i adresem placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

Operator po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.



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

za pośrednictwem Operatora:

- **korrespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Marsh Services sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa
- **osobiście** – w siedzibie Operatora lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Operatora na terenie całego kraju

bezpośrednio do Towarzystwa:

- **pocztą elektroniczną** – przysyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 52 64
- **korrespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Departament Roszczeń MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa)
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnZiR S.A., przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie.

2. Dodatkowe informacje

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie powinna przedstawić dokumentację medyczną lub inną dotyczącą tego Zdarzenia ubezpieczeniowego lub jego okoliczności przetłumaczoną przez tłumacza przysięgłego na język polski, pod warunkiem że Towarzystwo wystąpi do osoby zgłaszającej roszczenie o takie tłumaczenie, w sytuacji gdy takie dokumenty są dla Towarzystwa niezbędne do oceny zasadności roszczenia lub wysokości należnego świadczenia.
 - 2) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu lub innych organów ścigania, a także do placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkowe informacje celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
- ## 3. Wypłata świadczenia
- 1) Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie określonym w pkt 1) powyżej.

Artykuł 9. Badanie lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo. Ubezpieczony jest zobowiązany na koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi, jeżeli jest to niezbędne do celu podjęcia przez Towarzystwo decyzji w przedmiocie zasadności roszczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu Umowy 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 rozpatrzenia roszczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z Towarzystwem placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

Artykuł 10. Wskazanie i zmiana Uposażonego



WAŻNE: Uposażonego wskazuje Ubezpieczony. Uposażonym może być dowolna osoba fizyczna lub prawna. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkowi od spadków i darowizn.

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

Artykuł 11. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa



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

1. Niniejsze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci, Trwałej niezdolności do pracy ani Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, powstałych na skutek:
 - 1) chorób, które były zdiagnozowane lub leczone w ciągu 24 miesięcy poprzedzających datę wejścia w życie ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) samobójstwa lub próby samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności, popełnionego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty przystąpienia do Ubezpieczenia,
 - 3) samookaleczenia popełnionego przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności,
 - 4) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - 5) służby wojskowej odbywanej przez Ubezpieczonego w siłach zbrojnych lub siłach bezpieczeństwa dowolnego kraju,
 - 6) napaści lub usiłowania napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa oraz udziału w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym, stwierdzonych prawomocnym wyrokiem sądowym,
 - 7) spożycia, spożywania lub pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażycia środków odurzających lub psychotropowych, pobudzających, halucynogennych, narkotyków, innych środków o podobnym działaniu, jeżeli nie zostały zalecone przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia.
2. Ponadto świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy **Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego** powstała na skutek:
 - 1) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - 2) niesprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych żadnymi dodatkowymi badaniami.

3. Ponadto Świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, **jeżeli Hospitalizacja na skutek Choroby lub NW** jest spowodowana:
 - 1) wszelkimi rodzajami chorobami zwyrodnieniowymi kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie, wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 2) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową,
 - 3) wykonywaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - 4) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

Artykuł 12. Odstąpienie lub rezygnacja z Ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo do odstąpienia od Ubezpieczenia w terminie 30 dni liczonych od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Ubezpieczenia. Oświadczenie o odstąpieniu może być złożone Towarzystwu za pośrednictwem Operatora, w takim przypadku dniem otrzymania oświadczenia o odstąpieniu przez Towarzystwo jest dzień otrzymania go przez Operatora.
2. Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z Ubezpieczenia w każdym czasie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o rezygnacji. Oświadczenie o rezygnacji może być złożone Towarzystwu za pośrednictwem Operatora, w takim przypadku dniem otrzymania oświadczenia o rezygnacji przez Towarzystwo jest dzień otrzymania go przez Operatora.
3. W przypadku odstąpienia Ubezpieczonego od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia Ubezpieczenie kończy się w dniu złożenia Oświadczenia o rezygnacji, a Towarzystwo zwróci całość składki za danego Ubezpieczonego.
4. W przypadku rezygnacji z Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego Ubezpieczenie wygasa z końcem miesięcznego okresu Ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało od Ubezpieczającego pisemne oświadczenie o rezygnacji złożone przez Ubezpieczonego. Towarzystwo dokonuje zwrotu Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej bezpośrednio lub za pośrednictwem Operatora.
5. Zwrot Składki następuje w terminie do 30 dni od daty otrzymania oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia lub od daty otrzymania od Ubezpieczającego informacji o wygaśnięciu, rozwiązaniu, skróceniu Umowy leasingu, o ile nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu ochrony udzielonej Ubezpieczonemu. Kwota do zwrotu wyliczana jest proporcjonalnie za pełne miesiące okresu Ubezpieczenia przypadające po dacie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, za który została opłacona Składka.
6. W przypadku przyznanej przez Ubezpieczającego możliwości cesji Umowy leasingu, gdy nowy Klient nie spełnia wymogów określonych w art. 5 lub gdy przejmującym jest spółka prawa handlowego, następuje zakończenie Ubezpieczenia oraz zwrot części Składki. Klient podpisuje aneks do Umowy leasingu, natomiast Ubezpieczenie ulega zakończeniu.
7. W przypadku przyznanej przez Ubezpieczającego możliwości cesji Umowy leasingu nowy Klient spełniający wymogi określone w art. 5 podpisuje aneks do Umowy leasingu (z Deklaracją przystąpienia do Ubezpieczenia), a Ubezpieczenie jest kontynuowane dla nowego Klienta. Ubezpieczenie oferowane jest wszystkim nowym Korzystającym (współkorzystającym) przejmującym Umowę leasingu.
8. Towarzystwo, działając z upoważnienia Ubezpieczającego, dokonuje zwrotu Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku kilku Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy leasingu w razie odstąpienia lub rezygnacji któregośkolwiek z nich Ubezpieczenie wygasa w stosunku do wszystkich, zgodnie z ust. 3 i 4 powyżej.

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy może złożyć Reklamację:
 - a) pisemnie na adres siedziby 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 22 523 52 64,
 - d) osobiście w siedzibie Towarzystwa.
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 Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.



WAŻNE: Termin 60 dni na odpowiedź Towarzystwa ws. Reklamacji dotyczy tylko sytuacji, w których zebranie brakujących informacji lub ustalenie dodatkowych okoliczności jest niezbędne dla wyjaśnienia sprawy.

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 Ubezpieczającym, 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 14. Prawo właściwe, właściwość sądów i dodatkowe informacje dotyczące Towarzystwa

1. Prawem właściwym dla Umowy jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory, mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane, pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy.
3. Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane jest na stronie internetowej Towarzystwa.

Artykuł 15. Podatki

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek obciążają Ubezpieczającego i są uiszczane wraz z odpowiednią składką.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez Towarzystwo.
3. Wszelkie podatki związane z Umową powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dniu 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 (t.j. **Dz.U. z 2016 poz. 2032** z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. **Dz.U. z 2016 poz. 1888** z późn. zm.).

Artykuł 16. Doręczenia

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową powinny być przekazane do Operatora lub bezpośrednio do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazane w Umowie.
2. Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczonego lub Uposażonego lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w Umowie.

Artykuł 17. Aktualizacja informacji



WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych swoich i Uposażonego. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczanie informacji dotyczących Umowy Ubezpieczenia i znacząco usprawni jej obsługę.

Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Towarzystwa, bezpośrednio lub za pośrednictwem Operatora, o zmianach:

- a) danych kontaktowych (np. adresu korespondencyjnego, numeru telefonu) oraz
- b) danych identyfikacyjnych (np. nazwiska, numeru PESEL).

Informacje o zmianach powinny być przekazane pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego.

Artykuł 18. Pełnomocnictwa

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z Umową powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej i doręczone Operatorowi lub Towarzystwu w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata lub uprawnionego przedstawiciela Operatora lub Towarzystwa.

Warszawa, 1 sierpnia 2018

Mirosław Kiszyk
Prezes Zarządu Towarzystwa