

Bezpieczne Zdrowie Plus

Ubezpieczenie na życie oraz na wypadek hospitalizacji



MetLife®

Informacja dotycząca ubezpieczenia Bezpieczne Zdrowie Plus

| Informacje w zakresie | Postanowienie i strona OWU |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1. przesłanek wypłaty świadczenia | art. 4 – str. 4 art. 7 – str. 6 |
| 2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | art. 2 – str. 2 art. 4 pkt 3, 4 – str. 5 art. 9 – str. 8 |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NR 8001SI16

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

POMOC

Szanowni Państwo,
w ramach umieszczonych w treści *OWU* pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najistotniejszych zagadnień. Mamy nadzieję, że SNOOPY – ambasador marki MetLife przybliży i objaśni Państwu trudne sformułowania użyte w *OWU*. Dodatkowo, słowa wyróżnione *kursywą* zostały zdefiniowane na początku dokumentu.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy.



WYJAŚNIENIA

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



PRZYKŁADY

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



ARTYKUŁ 1. WSTĘP

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej *OWU*) mają zastosowanie do *Umowy* Ubezpieczenie na życie oraz na wypadek hospitalizacji 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),
- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
- 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 hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji*,

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



- 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*,

8. **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,
9. **Infolinia MetLife** – telefoniczne centrum obsługi Klienta, odpowiedzialne za obsługę *Umowy*. Podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie *Infolinii MetLife* może być osoba trzecia działająca na zlecenie *Towarzystwa*,



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

10. **mobilna sieć Orange** – ruchoma publiczna sieć telekomunikacyjna wykorzystująca między innymi takie standardy jak GSM 900/1800 lub UMTS, obsługiwana przez *Operatora*,
11. **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*,
12. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,



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

13. **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*,
14. **okres rozliczeniowy** – okres, za który dokonywane są rozliczenia zobowiązań *Abonenta mobilnej* lub *stacjonarnej sieci Orange* wobec *Operatora* z tytułu świadczonych usług telekomunikacyjnych,
15. **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*,
16. **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 8001S116,
17. **pacjent stały** – osoba, której *hospitalizacja* trwała nieprzerwanie co najmniej 2 dni kalendarzowe, licząc od dnia przyjęcia do dnia wypisania ze *szpitala*,
18. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
19. **Polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiany przez *Towarzystwo* potwierdzający zawarcie *Umowy* oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego*,
20. **rehabilitacja** – usprawienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych urazach lub *chorobach*, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
21. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności,
22. **składka** – kwota wskazana w *Polisie*, jaką *Ubezpieczony* jest zobowiązany regularnie opłacać z tytułu *Umowy*,
23. **stacjonarna sieć Orange** – stacjonarna sieć telekomunikacyjna, w której zakończenia sieci mają stałą lokalizację,
24. **suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w *Polisie*, która określa zobowiązanie *Towarzystwa* w przypadku zajścia *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
25. **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria,

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



26. **śmierć wskutek NW** – śmierć *Ubezpieczonego*, która nastąpiła w terminie 180 dni od daty *nieszczęśliwego wypadku* i której bezpośrednią i wyłączną przyczyną były fizyczne obrażenia ciała *Ubezpieczonego* powstałe wskutek *nieszczęśliwego wypadku*,
27. **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.



28. **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 TUnŽIR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego,
29. **Ubezpieczony** – *Abonent mobilnej lub stacjonarnej sieci Orange* wskazany w *Polisie*, będący stroną zawartą 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*,
30. **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*,
31. **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,
32. **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*,
33. **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,
34. **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,
35. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach *Umowy*, które zaistniało w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

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

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



ARTYKUŁ 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Zakres ochrony, w zależności od Pakietu, obejmuje następujące *zdarzenia ubezpieczeniowe*:
 - a) **Pakiet Standard i Pakiet Komfort:**
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - *hospitalizację Ubezpieczonego* wskutek *NW* lub *choroby*;
 - b) **Pakiet Premium:**
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - *hospitalizację Ubezpieczonego* wskutek *NW* oraz
 - śmierć *Ubezpieczonego* wskutek *NW*.
2. **Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego**
Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu*, w przypadku śmierci *Ubezpieczonego*, świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tego tytułu.

3. **Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby** (Pakiet Standard i Pakiet Komfort)
- Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* lub *choroby*, jeżeli *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji* jako *pacjent stały* w następstwie:
 - *nieszczęśliwego wypadku* powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej niniejszymi *OWU* lub
 - *choroby*, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się w *okresie obowiązywania Umowy*, przy czym nie wcześniej niż po 90 dniach od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie* i nie później niż przed końcem *okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65. rok życia.
 - Dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* lub *choroby* jest płatne od drugiego *dnia hospitalizacji Ubezpieczonego* w charakterze *pacjenta stałego*, za drugi i każdy kolejny *dzień hospitalizacji*.
 - Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *hospitalizacji* w następstwie *NW* rozpoczyna się od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie*.
 - W okresie pierwszych 90 dni od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie* i po końcu *okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65. rok życia, wysokość dziennego świadczenia na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* stanowi dwukrotność dziennego świadczenia na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* lub *choroby*.
 - Okres *hospitalizacji*, za który naliczane jest dzienne świadczenie za pobyt w *szpitalu*, nie może przekroczyć 90 dni dla każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie*.

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



4. **Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW** (Pakiet Premium)
- Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW*, jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji* jako *pacjent stały*.
 - Dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* jest płatne od drugiego *dnia hospitalizacji Ubezpieczonego* w charakterze *pacjenta stałego*, za drugi i każdy kolejny *dzień hospitalizacji*.
 - Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *hospitalizacji* w następstwie *NW* rozpoczyna się od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie*.
 - Okres *hospitalizacji*, za który naliczane jest dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW*, nie może przekroczyć 90 dni dla każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej liczonego od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazanej w *Polisie*.

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



5. **Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek NW** (Pakiet Premium)
- W przypadku *śmierci Ubezpieczonego wskutek NW* *Towarzystwo* wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tego tytułu.
- Wysokości *sum ubezpieczenia* są wskazane w *Polisie*.
 - 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 tylko ci *Abonenci mobilnej* lub *stacjonarnej sieci Orange*, których miejsce zamieszkania jest na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i którzy w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:
 - dla Pakietu Standard ukończyli 18. rok życia, a nie ukończyli 40. roku życia,
 - dla Pakietu Komfort ukończyli 40. rok życia, a nie ukończyli 50. roku życia,
 - dla Pakietu Premium ukończyli 50. rok życia, a nie ukończyli 71. roku życia.

- Zawarcie *Umowy* z naruszeniem punktu 1 powyżej jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie *Towarzystwa* z wyjątkiem zwrotu otrzymanej *składki*.
- Ubezpieczony* jest zobowiązany do podania prawdziwych informacji, o które *Towarzystwo* zapytywało przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową.
- Umowa* zostaje zawarta pierwszego dnia następującego po doręczeniu *Ubezpieczonemu* *Polisy* i *OWU*, które są niezbędne do zawarcia *Umowy*.
- 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.
- 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* przed odpowiedzialność *Towarzystwa* w stosunku do *Ubezpieczonego* rozpoczyna się w pierwszym dniu następnego *okresu rozliczeniowego*.
- Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* wskazana jest w *Polisie*.
- 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* opłacił *składkę* przed upływem okresu karencji (14-dniowa prolongata liczona od *terminu płatności składki*).
- W przypadku przedłużenia *Umowy* wysokość *składki* i inne warunki *Umowy* mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
- W przypadku zmiany warunków, na jakich *Umowa* może być przedłużana, *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczonego* w terminie nie później niż 30 dni przed datą, do której *Ubezpieczony* jest zobowiązany opłacić kolejną *składkę*.
- Opłacenie przez *Ubezpieczonego* *składki* w wysokości zaoferowanej przez *Towarzystwo* jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *Umowa* jest przedłużana. W przypadku niezaakceptowania przez *Ubezpieczonego* zmienionych warunków *Umowy* nie będzie ona przedłużana i wygaśnie z końcem *okresu obowiązywania Umowy*, za który opłacono *składkę*.
- 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

- Wysokości *składki* i *sum ubezpieczenia* określone są w *Polisie*.
- 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*.
- Składki* za każdy *okres rozliczeniowy* płatne są miesięcznie z góry.
- Ubezpieczony* zobowiązany jest do zapłaty *składek* w wysokości określonej w *Polisie* do *terminu płatności składki*.
- Datą opłacenia *składki* jest dzień przekazania *składki* *Operatorowi* przez *Ubezpieczonego*.
- 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.
- Ubezpieczonemu*, który nie opłaci *składki* w *terminie* jej *płatności*, przysługuje dodatkowa 14-dniowa prolongata terminu płatności (okres karencji), liczona od *terminu płatności składki*.
- 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 *śmierci Ubezpieczonego wskutek NW* osoba uprawniona do świadczenia, oprócz dokumentów wymienionych powyżej, składa:
 - odpis skrócony aktu zgonu *Ubezpieczonego* w oryginale lub kopię potwierdzoną notarialnie,
 - kopię zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu *Ubezpieczonego* lub kopię statystycznej karty zgonu, lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu, w tym wynik sekcji zwłok, jeżeli była ona przeprowadzona,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba uprawniona do świadczenia jest w ich posiadaniu, lub podanie adresu i nazwy placówki prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona,
 - w przypadku wypadków przy pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę;
- c) w przypadku *hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW lub choroby Ubezpieczonego* składa:
 - wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię karty informacyjnej pobytu w *szpitalu* zawierającej niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia wraz z wynikami badań,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile *Ubezpieczony* jest w ich posiadaniu, lub podanie adresu i nazwy instytucji prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona (o ile przyczyną *hospitalizacji* był *nieszczęśliwy wypadek*),
 - w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.

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

- **telefonicznie** – za pośrednictwem Infolinii MetLife – tel. +48 22 558 00 48 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: MetLife TUŹiR 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. Wypłata świadczenia

- 3.1. *Towarzystwo* zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.
- 3.2. 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.
- 3.3. 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.
- 3.4. Świadczenie spełniane jest w formie jednorazowej wypłaty.

4. Dodatkowe informacje

- 4.1. 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.
- 4.2. *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.



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.

1. *Towarzystwo* odmówi spełnienia świadczenia z tytułu *hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *NW* lub *choroby* powstałej w wyniku:
 - a) wszelkich fizycznych obrażeń ciała powstałych przed rozpoczęciem ochrony przewidzianej niniejszymi *OWU*,
 - b) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - c) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorób współistniejących z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
 - d) *choroby*, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie było prowadzone w ciągu 24 miesięcy przed rozpoczęciem ochrony przewidzianej niniejszymi *OWU*,
 - e) zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w tym nerwice (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz w wyniku kuracji wyczerpania lub leczenia skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 - f) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego*, narkolepcji od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - g) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych ochroną ubezpieczeniową albo w wyniku *rehabilitacji*, jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia, w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym *szpitala*,



- h) alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także w wyniku przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego**,
- i) wykonania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
- j) 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,
- k) jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
- l) **zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu**, albo w wyniku wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, speleologia, sporty walki, sporty motorowe i motorownia kręgosłupa, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, albo w wyniku uczestnictwa w **zawodach z użyciem pojazdów kołowych**, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych.
2. Ponadto wypłata świadczeń z tytułu **hospitalizacji** wskutek **NW** oraz **śmierci wskutek NW** nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne **Ubezpieczonego** powstały w wyniku zdarzenia określonych w punkcie 1 lit. f), h), j), k), l) powyżej, a także w wyniku:
- choroby**, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, w tym nerwice (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyku, przepukliny krążka miążdżystego, przepukliny, zatracia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia), lub jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie **hospitalizacji**,
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 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,
 - 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

- Ubezpieczony** ma prawo odstąpić od **Umowy** w terminie 30 dni od **daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** wskazanej w **Polisie**.
- 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**.
- Oświadczenie o odstąpieniu w formie ustnej **Ubezpieczony** może złożyć za pośrednictwem **Infolinii MetLife**.
- Ubezpieczony** może odstąpić od **Umowy** również w formie pisemnego oświadczenia wysłanego 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.
- 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**.
- 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.
- Zwrot **składki** nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez **Towarzystwo** oświadczenia **Ubezpieczonego** o odstąpieniu od **Umowy**.

WAŻNE: Oświadczenie o odstąpieniu lub rozwiązaniu Umowy najlepiej:

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



ARTYKUŁ 11. ROZWIĄZANIE UMOWY

- Ubezpieczony** może wypowiedzieć **Umowę** w dowolnym momencie jej obowiązywania.
- Oświadczenie o rozwiązaniu **Umowy** składane jest **Towarzystwu** w formie ustnego lub pisemnego oświadczenia o rozwiązaniu. Oświadczenie o rozwiązaniu **Umowy** może być również złożone **Operatorowi** działającemu jako agent ubezpieczeniowy **Towarzystwa**.

3. Oświadczenie o rozwiązaniu *Umowy* w formie ustnej *Ubezpieczony* może złożyć za pośrednictwem *Infolinii MetLife*.
4. *Ubezpieczony* może rozwiązać *Umowę* również w formie pisemnego oświadczenia wysłanego *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 końcem *okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 75. rok życia,
- g) *Ubezpieczony* został w trakcie obowiązywania *Umowy* uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu *niepoczytalności*,
- h) z dniem odstąpienia od *Umowy* przez *Ubezpieczonego*, zgodnie z artykułem 10.

W przypadku punktów a), b) i g) 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

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.

ARTYKUŁ 15. PRAWO WŁAŚCIWE, DORĘCZENIA, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU, SPRAWOZDANIA

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



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

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

Warszawa, 1 sierpnia 2016 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna,
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy,
XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131;
NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości,
działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku.
MetLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Infolinia MetLife: tel. +48 22 558 00 48

© MetLife TUnŻiR S.A., 2016 PEANUTS © 2016 Peanuts Worldwide

MetLife®

e-mail: kontakt@metlife.pl
www.metlife.pl