

Polisa na Dobre Życie

Ogólne warunki ubezpieczenia



MetLife®

- Ogólne warunki ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie” 5
- Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej 10
- Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania 15
- Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem 17
- Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci 19
- Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia przejęcia obowiązku opłacania Składek w przypadku Niezdolności do pracy 20

Informacja dotycząca ubezpieczenia Polisa na Dobre Życie

Umowa podstawowa:

Ubezpieczenie „Polisa na Dobre Życie”

Umowy dodatkowe:

- Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej
- Ubezpieczenie na wypadek Poważnego zachorowania
- Ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem
- Ubezpieczenie na wypadek śmierci
- Ubezpieczenie przejęcia obowiązku opłacania Składek w przypadku Niezdolności do pracy

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	umowa podstawowa: §3 – str. 5; §8-9 – str. 6; §15-17 – str. 8 umowy dodatkowe: §3 – str. 10, 15, 17, 19, 20; §5 – str. 10; §7 – str. 16, 17, 19, 20; §8 – str. 11, 21
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	umowa podstawowa: §7 – str. 6; §11 – str. 7; §12 pkt 8 – str. 7 umowy dodatkowe: §2 – str. 10, 15, 17, 19; §6 – str. 16, 17, 19, 20; §7 – str. 11 Lista Operacji chirurgicznych na wypadek Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej – str. 12
3. wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§15 – str. 8 Informacja o wartości wykupu znajduje się w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia

Polisa na Dobre Życie

Postanowienia ogólne

§1

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia (dalej OWU) „Polisa na Dobre Życie” mają zastosowanie do indywidualnej Umowy ubezpieczenia na życie i dożycie zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej umowy.

Definicje

§2

W OWU „Polisa na Dobre Życie” wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- Agent** – agent ubezpieczeniowy w rozumieniu przepisów Ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dnia 22 maja 2003 roku, którym jest Bank Handlowy w Warszawie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, działający w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela;
- Dodatkowe ubezpieczenie** – integralna część Umowy ubezpieczenia rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej na wniosek Ubezpieczającego, w sposób określony w odpowiednich ogólnych warunkach Dodatkowych ubezpieczeń;
- Indeksacja** – podwyższenie Składki i Sumy ubezpieczenia dokonywane przez Ubezpieczyciela w każdą Rocznicę ochrony, na zasadach określonych w §6 OWU. Indeksacja dotyczy Składki należnej z tytułu całej Umowy ubezpieczenia;
- Miesiąc ochrony** – miesiąc mający swój początek w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie rozpoczynający się w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- Okres ochrony** – okres, który trwa w zależności od częstotliwości opłacania Składek – miesiąc, kwartał, pół roku albo rok. Początkiem pierwszego Okresu ochrony jest data określona w Polisie. Pierwszy dzień każdego następnego Okresu ochrony jest dniem wymagalności Składki;
- Okres prolongaty** – okres 1 miesiąca rozpoczynający się dnia następującego po ostatnim dniu Miesiąca ochrony, za który Składka nie została zapłacona w terminie i należnej wysokości. Okres prolongaty nie ma zastosowania do pierwszej Składki, o której mowa w §4 ust. 7 niniejszych OWU;
- OWU** – Ogólne warunki ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”;
- Podatnik USA** – zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA (z ang. Internal Revenue Code), osoba fizyczna będąca obywatelem USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa), posiadająca prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta) lub która dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA oraz przebywała w USA przez około pół roku w okresie roku bieżącego i dwóch poprzedzających lat;
- Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
- Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy kierowane do Towarzystwa lub Agenta, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo lub jego działalność;
- Rocznica ochrony** – dzień odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w danym roku, przypadający w kolejnych latach ochrony ubezpieczeniowej;
- Rok ochrony** – okres pomiędzy kolejnymi Rocznicami ochrony. Pierwszy Rok ochrony rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- Składka** – kwota wskazana w Polisie, należna z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy ubezpieczenia, do której opłacania we wskazanych terminach zobowiązany jest Ubezpieczający;
- Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w Polisie, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego;
- Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela osobie uprawnionej, w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Ubezpieczający (Ubezpieczony)** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia, która w terminie złożenia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia miała zawartą z Bankiem Handlowym w Warszawie S.A. umowę o prowadzenie rachunku bankowego lub osoba, która posiada kartę kredytową wydaną przez Bank Handlowy w Warszawie S.A., która zawarła we własnym imieniu Umowę ubezpieczenia;
- Ubezpieczyciel** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie;
- Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU albo na podstawie niniejszych OWU i ogólnych warunków Dodatkowych ubezpieczeń. Polisa i Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia;
- Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku jego śmierci;
- Wartość wykupu Polisy** – kwota wypłacana na wniosek Ubezpieczającego w przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, wyliczona zgodnie z zasadami opisanymi w §15 niniejszych OWU, stanowiąca podstawę do naliczania udziału w zysku;
- Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia** – oferta zawarcia Umowy ubezpieczenia złożona Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela;
- Wskaźnik indeksacji** – wskaźnik stosowany do podwyższenia Składki z tytułu Umowy w celu ochrony realnej wartości Świadczenia ubezpieczeniowego, określony w §6;

- 23. Wydruk Ilustracyjny** – dokument stanowiący załącznik do Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia zawierający między innymi informacje o zasadach zmiany Sumy ubezpieczenia w przypadku Indeksacji Składki oraz informacje o wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego z „Polisy na Dobre Życie” przy założeniu przykładowych stóp zwrotu oraz informację o agencie ubezpieczeniowym Ubezpieczyciela;
- 24. Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie określone w niniejszych OWU lub ogólnych warunkach Dodatkowych ubezpieczeń, które powoduje powstanie prawa do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Przedmiotem ubezpieczenia może zostać objęte również życie i zdrowie Ubezpieczonego na podstawie ogólnych warunków Dodatkowych ubezpieczeń.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - śmierć Ubezpieczonego w Okresie ochrony;
 - dożycie przez Ubezpieczonego do daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej określonej w Polisie.
- Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o ryzyka dodatkowe na podstawie ogólnych warunków Dodatkowych ubezpieczeń.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia i początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§4

- Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze pisemnego Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, który Ubezpieczający składa na formularzu Ubezpieczyciela.
- Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta z dniem wystawienia Polisy, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6 niniejszego paragrafu. Wystawienie Polisy przez Ubezpieczyciela następuje w dniu spełnienia wszystkich wymogów zawarcia Umowy ubezpieczenia określonych w niniejszych OWU.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony w Polisie, zgodnie z Wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Okres ten może wynosić 10, 15, 20 lub 25 lat, w zależności od wyboru Ubezpieczającego.
- Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisą.
- Jeżeli treść Polisy zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Ubezpieczającego od treści Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub OWU, Ubezpieczyciel przy doręczaniu Polisy zwróci pisemnie Ubezpieczającemu uwagę na zachodzące różnice, informując go o prawie zgłoszenia sprzeciwu na piśmie w terminie 7 dni od doręczenia Polisy i konsekwencjach jego niezgłoszenia. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od dnia doręczenia Polisy nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, to następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do zgłoszenia sprzeciwu Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta, zgodnie z treścią Polisy. W razie niedopełnienia obowiązku poinformowania Ubezpieczającego o zachodzących różnicach zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie będą skuteczne, Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta zgodnie z warunkami określonymi we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczyciel nie będzie mógł powoływać się na różnice niekorzystne dla Ubezpieczającego.
- Jeżeli Ubezpieczający zgłosi sprzeciw, o którym mowa w ust. 5, Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta po zgodnym ustaleniu jej treści przez strony Umowy ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie jako dzień rozpoczęcia Okresu ochrony, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej Składki przez Ubezpieczającego.
- Ubezpieczeniem mogą zostać objęte osoby fizyczne, które w dniu podpisania Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ukończyły 18 lat oraz w przewidywanej dacie dożycia przez Ubezpieczonego do daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, określonej w Polisie, nie ukończą 76. roku życia.
- Objęcie ochroną ubezpieczeniową uzależnione jest od:
 - złożenia kompletnego i poprawnie wypełnionego oraz podpisanego przez Ubezpieczającego Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia;
 - akceptacji przez Ubezpieczyciela ryzyka ubezpieczeniowego i zakresu Umowy ubezpieczenia;
 - opłacenia Składki.
- Ubezpieczający może rozszerzyć zakres Umowy ubezpieczenia o ryzyka dodatkowe, określone w ogólnych warunkach Dodatkowych ubezpieczeń. Rozszerzenie zakresu Umowy ubezpieczenia o Dodatkowe ubezpieczenia nie stanowi zawarcia odrębnych Umów ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia obejmuje wszystkie zaakceptowane przez Ubezpieczyciela ryzyka zgodnie z niniejszymi OWU oraz ogólnymi warunkami Dodatkowych ubezpieczeń, a Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu wszystkich ryzyk, na podstawie tej umowy, chyba że postanowienia ogólnych warunków Dodatkowych ubezpieczeń stanowią inaczej.
- Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel ma prawo, w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zwrócić się do Ubezpieczonego o dostarczenie informacji na temat jego zdrowia oraz skierować go na badania lekarskie w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i na koszt Ubezpieczyciela.
- Jeżeli do daty zawarcia Umowy ubezpieczenia powstaną jakiegokolwiek okoliczności mogące mieć wpływ na podwyższenie ryzyka ubezpieczeniowego, w tym również zmiany w zakresie odpowiedzi udzielonych na pytania zawarte we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz w innych pismach Ubezpieczyciela skierowanych do Ubezpieczającego, Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić Ubezpieczyciela o powstaniu tych zmian.

13. Ubezpieczyciel ma prawo:
 - a) odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, gdy ocena ryzyka nie pozwala na objęcie ochroną ubezpieczeniową albo
 - b) zaproponować zawarcie Umowy ubezpieczenia na warunkach odmiennych od treści Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub OWU i ogólnych warunków Dodatkowych ubezpieczeń.
14. Jeżeli Ubezpieczający oświadczy, iż jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (dalej PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, zawarcie Umowy następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd, wskazanego Członka Zarządu lub osobę upoważnioną przez Zarząd Ubezpieczyciela.

Składka §5

1. Składkę ustala Ubezpieczyciel z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania Składki, gwarantowanej stopy technicznej, poziomu ryzyka medycznego i zawodowego oraz kosztów zawarcia i obsługi Umowy ubezpieczenia ponoszonych przez Ubezpieczyciela.
2. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego z góry, za każdy Okres ochrony, w wysokości i terminie określonych w Polisie.
3. Składka opłacana może być w okresach: miesięcznym, kwartalnym, półrocznym i rocznym, w zależności od wyboru Ubezpieczającego.
4. Z zastrzeżeniem §11, jeżeli Składka nie została zapłacona w terminie mimo wezwania Ubezpieczającego do zapłaty w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od daty otrzymania wezwania, Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego i rozwiązana z upływem ostatniego dnia Miesiąca ochrony, za który Ubezpieczający nie opłacił zaległej Składki, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania, o którym mowa powyżej.

Indeksacja Składki, zmiana częstotliwości opłacania Składek, oraz zmiana Sumy ubezpieczenia §6

1. W każdą Rocznicę ochrony Ubezpieczyciel dokonuje automatycznej Indeksacji Składki ubezpieczeniowej, o ile Ubezpieczający wyrazi na to zgodę przed zawarciem Umowy ubezpieczenia we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
2. Indeksacja Składki powoduje podwyższenie Sumy ubezpieczenia i Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia.
3. Współczynnik indeksacji Składki może wynosić 50% lub 100% Wskaźnika indeksacji, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego dokonany we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
4. Indeksacja dokonywana jest w oparciu o wskaźnik indeksacyjny, który będzie zatwierdzany każdego roku przez Zarząd Ubezpieczyciela do dnia 30 września. Wskaźnik indeksacji będzie stosowany do Umów ubezpieczenia, których rocznica przypada w okresie pomiędzy dniem 1 grudnia danego roku a dniem 30 listopada następnego roku. Jeżeli wskaźnik inflacji jest mniejszy od 5%, wówczas wskaźnik indeksacyjny wynosi 5%. W przeciwnym wypadku wskaźnik indeksacyjny jest równy wskaźnikowi inflacji zaokrąglonemu do pełnego procenta w górę. Wskaźnik inflacji oznacza wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w sierpniu danego roku w stosunku do września poprzedniego roku, ogłaszany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. W razie zaniechania ogłaszania powyższego wskaźnika inflacji stosować się będzie inny procentowy wskaźnik określający wzrost cen towarów i usług konsumpcyjnych w tym samym okresie, ogłaszany przez właściwy organ lub instytucję państwową.
5. Ostatnia automatyczna Indeksacja Składki ubezpieczeniowej zostanie dokonana w Rocznicę ochrony przypadającą na datę nie późniejszą niż 5 lat przed ostatnim dniem ochrony ubezpieczeniowej.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie wyraził zgody na automatyczną Indeksację Składki przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, może on złożyć do Ubezpieczyciela stosowne dokumenty zgodnie z wymaganiami Ubezpieczyciela o wprowadzenie Indeksacji Składki w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, każdorazowo nie później niż na 30 dni przed dniem Rocznicę ochrony, od której zmiana ta miałaby obowiązywać. Po zaakceptowaniu określonego wyżej wniosku Ubezpieczyciel dokonuje automatycznej Indeksacji Składki ubezpieczeniowej w każdą Rocznicę ochrony.
7. Na 30 dni przed każdą Rocznicą ochrony do Ubezpieczającego zostanie wysłany list informujący o nowych wartościach Sumy ubezpieczenia, Składki i Wskaźnika indeksacji.
8. Ubezpieczający może zrezygnować z Indeksacji Składki, składając do Ubezpieczyciela stosowny wniosek o anulowanie Indeksacji, każdorazowo nie później niż 14 dni przed dniem Rocznicę ochrony, od której zmiana ta miałaby obowiązywać.
9. Indeksacja nie może być dokonywana w przypadku zmiany ubezpieczenia w ubezpieczeniu bezskładkowe oraz w trakcie zawieszenia opłacania Składek lub w przypadku, gdy Ubezpieczyciel przejął obowiązek opłacania Składki.
10. Warunkiem zmiany częstotliwości opłacania Składki lub Indeksacji Składki jest opłacenie wszystkich Składek należnych za okres poprzedzający wprowadzenie tych zmian.
11. Częstotliwość opłacania Składki może zostać zmieniona w każdą Rocznicę ochrony, na wniosek Ubezpieczającego złożony do Ubezpieczyciela na formularzu Ubezpieczyciela nie później niż 30 dni przed najbliższą Rocznicą ochrony. W przypadku wpływania do Ubezpieczyciela wniosku o dokonanie zmiany częstotliwości opłacania Składki po dacie najbliższej Rocznicę ochrony, od której zmiana ta miałaby obowiązywać, Składka nadal będzie opłacana w wysokości i z częstotliwością obowiązującymi w dniu ostatniej Rocznicę ochrony.
12. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać podwyższona na pisemny wniosek Ubezpieczającego, złożony Ubezpieczycielowi nie później niż 30 dni przed 5., 10., 15. lub 20. Rocznicą ochrony.

13. Wysokość Sumy ubezpieczenia podwyższana jest za zgodą Ubezpieczyciela.
14. Dokonanie podwyższenia wysokości Sumy ubezpieczenia może być uzależnione od ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonanej przez Ubezpieczającego.
15. Warunkiem podwyższenia wysokości Sumy ubezpieczenia jest opłacenie wszystkich Składek należnych za okres poprzedzający wprowadzenie tej zmiany.
16. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać obniżona w każdą Rocznicę ochrony do wysokości wskazanej przez Ubezpieczającego, na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Ubezpieczyciela. Suma ubezpieczenia może zostać obniżona w taki sposób, aby po obniżeniu nie była niższa niż minimalna ustalona przez Ubezpieczyciela.
17. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia zgodnie z ust. 12 oraz obniżenie Sumy ubezpieczenia zgodnie z ust. 16 powoduje zmianę Składki.
18. Ubezpieczyciel potwierdza zmiany dokonane zgodnie z ust. 11-17.

Wyłączenia oraz ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela §7

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego zaszła w następstwie samobójstwa popełnionego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel ograniczy Świadczenie ubezpieczeniowe do wysokości Wartości wykupu Polisy, zgodnie z zasadami wyliczenia Wartości wykupu Polisy określonymi w §15, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana lub zaszła w następstwie:
 - 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, zamieszek, aktów terroryzmu;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 3) czynnego, dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub rozruchach;
 - 4) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - 5) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego.
3. W okresie pierwszych trzech lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel ma prawo odmowy spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, które nie zostały podane przez Ubezpieczającego do wiadomości Ubezpieczyciela, w szczególności wynika z zatajenia chorób Ubezpieczonego, pomimo że Ubezpieczyciel zapytywał o nie przed zawarciem Umowy ubezpieczenia we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub innych pismach.
4. W przypadku wznowienia Umowy ubezpieczenia lub podwyższenia Sumy ubezpieczenia termin trzyletni, o którym mowa w ust. 3, będzie liczony od daty wznowienia Umowy ubezpieczenia lub podwyższenia Sumy ubezpieczenia, ale tylko w odniesieniu do faktów i informacji dostarczonych Ubezpieczycielowi w związku ze wznowieniem Umowy ubezpieczenia lub podwyższeniem Sumy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe §8

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ochrony Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonym lub innym osobom określonym w §18 ust. 5 Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Sumy ubezpieczenia na życie określonej w Polisie. Suma ubezpieczenia na życie jest równa:
 - a) połowie Sumy ubezpieczenia na dożycie w okresie od daty zawarcia Umowy do dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę ochrony przypadającą po połowie okresu, na który została zawarta Umowa;
 - b) wysokości Sumy ubezpieczenia na dożycie począwszy od Rocznicę ochrony przypadającej po połowie okresu, na który została zawarta Umowa.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, w przypadku dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu obowiązywania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości Sumy ubezpieczenia na dożycie, określonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, pomniejszonej o sumę należnych, lecz niezapłaconych Składek.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 i 2 powyżej, powiększane jest o udział w zysku na zasadach określonych w §9.
4. Jeżeli po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego zostały pobrane nienależne Składki, Ubezpieczyciel zwraca sumę nienależnych, lecz pobranych Składek na rachunek bankowy Ubezpieczającego, z którego została pobrana ostatnia Składka.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacone osobie uprawnionej jest wolne od podatku dochodowego od osób fizycznych na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 4 Ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
6. Ubezpieczyciel pisemnie informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń uległa zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel poinformuje również Ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie Sumy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel jest obowiązany do pisemnego informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wartości udziału w zysku, o którym mowa w §9.

Udział w zysku §9

1. Udział w zysku oblicza się po zakończeniu każdego Roku ochrony pod warunkiem, że Ubezpieczyciel udzielał ochrony przez cały rok, za który naliczany jest udział w zysku.
2. Udział w zysku naliczany jest od:
 - a) Wartości wykupu Polisy w roku, za który następuje jego naliczenie;
 - b) udziału w zysku naliczonego w poprzednich latach trwania Umowy ubezpieczenia.

- Na potrzeby ustalenia udziału w zysku Wartość wykupu Polisy obliczana jest jako średnia arytmetyczna z Wartości wykupu Polisy na początku i końcu okresu, za który naliczany jest udział w zysku, pomniejszona o wymagalne wiarytelności wynikające z Umowy ubezpieczenia.
- Stopa udziału w zysku (SUZ) ustalana jest według poniższego wzoru:

$$SUZ = 90\% \times (SZ - 3,21\%)$$
gdzie SZ oznacza zadeklarowaną przez Ubezpieczyciela stopę zysku, osiągniętą dzięki inwestowaniu aktywów na pokrycie zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia, pomniejszoną o 1% kosztów.
W przypadku, gdy SUZ mająca zastosowanie dla Wartości wykupu Polisy będzie mniejsza niż zero, do celów niniejszego wyliczenia będzie się ją przyjmować jako równą zero.
- Udział w zysku naliczony na koniec poprzedniego Roku ochrony jest ponownie inwestowany, a jego stopa zwrotu jest równa stopie udziału w zysku (SUZ) powiększonej o 3,21%. W przypadku, gdy SUZ mająca zastosowanie do kwoty udziału w zysku naliczonego w poprzednich latach jest mniejsza lub równa zero, do celów obliczenia oprocentowania zainwestowanej kwoty udziału w zysku zostanie przyjęta SZ.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego udział w zysku ustala się w wysokości obliczonej na koniec ostatniego Roku ochrony, który bezpośrednio poprzedza datę śmierci Ubezpieczonego.
- Zmiana ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe powoduje wygaśnięcie wszelkich Dodatkowych ubezpieczeń.
- O możliwości zmiany ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego w zawiadomieniu, o którym mowa w §5 ust. 4. W zawiadomieniu Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację o nowej wysokości Sumy ubezpieczenia na życie, nowej wysokości Sumy ubezpieczenia na dożycie oraz czasie trwania Umowy ubezpieczenia, a także o aktualnym zakresie ubezpieczenia.
- Ubezpieczający ma prawo zgłoszenia sprzeciwu co do zmiany ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe w terminie 14 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 6. Zgłoszenie sprzeciwu następuje na piśmie i jest skuteczne z chwilą otrzymania takiego sprzeciwu przez Agenta lub Ubezpieczyciela.
- Zgłoszenie sprzeciwu powoduje taki sam skutek jak wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia. Do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia zgodnie z zdaniem poprzednim stosuje się odpowiednio postanowienia §10 ust. 7-11.
- Jeżeli w terminie 14 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu co do zmiany ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, uznaje się, że ubezpieczenie uległo zmianie w ubezpieczenie bezskładkowe z upływem ostatniego dnia Okresu prolongaty.
- Ubezpieczyciel potwierdza zmianę w formie pisemnej.
- Zmiana ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe uniemożliwia powrót do Umowy ubezpieczenia z opłacaną Składką.
- Ubezpieczający po zamianie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe traci prawo do udziału w zysku.

Odstąpienie, wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia, zakończenie odpowiedzialności ubezpieczeniowej §10

- Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu pełną wysokość zapłaconej Składki, na rachunek bankowy wskazany w dyspozycji Ubezpieczającego.
- Odstąpienie jest skuteczne pod warunkiem złożenia pisemnego oświadczenia przez Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi. Za dzień odstąpienia uważa się datę wpływu oświadczenia do Ubezpieczyciela.
- Składka ubezpieczeniowa zwracana jest Ubezpieczającemu w ciągu 30 dni od dnia odstąpienia, o którym mowa w ust. 3.
- Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU skutkuje odstąpieniem od wszystkich Dodatkowych ubezpieczeń.
- Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia w drodze złożenia pisemnego oświadczenia do Ubezpieczyciela.
- Wypowiedzenie złożone w okresie pierwszy 24 Miesiący ochrony jest skuteczne na ostatni dzień Okresu ochrony, za który Ubezpieczający opłacił Składkę.
- Począwszy od trzeciego Roku ochrony wypowiedzenie jest skuteczne z końcem Miesiąca ochrony, w którym zostało złożone.
- Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z zapłaty należnej Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielił ochrony ubezpieczeniowej.
- Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia zostanie złożone po opłaceniu Składki za okres co najmniej 24 Miesiący ochrony, Wartość wykupu Polisy zostaje powiększona o Składkę za niewykorzystany Okres ochrony.
- Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU skutkuje rozwiązaniem wszystkich Dodatkowych ubezpieczeń z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia.
- Ponadto odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa z chwilą wystąpienia jednego z poniższych przypadków:
 - z upływem ostatniego dnia Miesiąca ochrony, za który Ubezpieczający nie opłacił zaległej Składki najpóźniej w ostatnim dniu Okresu prolongaty, jeżeli była ona wymagalna przed upływem 24 Miesiący ochrony;
 - z upływem ostatniego dnia Miesiąca ochrony, za który Ubezpieczający nie opłacił zaległej Składki najpóźniej w ostatnim dniu Okresu prolongaty, jeżeli była ona wymagalna po upływie 24 Miesiący ochrony od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a Ubezpieczający zgłosił sprzeciw co do zmiany Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - z upływem ostatniego dnia Miesiąca ochrony, za który Ubezpieczający nie opłacił zaległej Składki najpóźniej w ostatnim dniu Okresu prolongaty, jeżeli była ona wymagalna po upływie 24 Miesiący ochrony od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a Wartość wykupu Polisy nie osiągnęła poziomu minimalnego;
 - z datą zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, określoną w Polisie;
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczenie bezskładkowe §11

- Z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 oraz postanowień §12, jeżeli Ubezpieczający, po upływie co najmniej 24 Miesiący ochrony od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i opłaceniu Składek przynajmniej za okres 24 Miesiący ochrony, zaprzestął płacenia Składek, ubezpieczenie zmienia się w ubezpieczenie bezskładkowe, o ile zaległa Składka nie zostanie opłacona najpóźniej z upływem ostatniego dnia Okresu prolongaty, a Suma ubezpieczenia bezskładkowego osiągnęła poziom minimalny ustalony przez Ubezpieczyciela.
- W wyniku zmiany ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe Ubezpieczyciel proponuje Ubezpieczającemu nową wysokość Sumy ubezpieczenia na dożycie oraz Sumy ubezpieczenia na życie.
- Nowa wysokość Sumy ubezpieczenia na życie i Sumy ubezpieczenia na dożycie, proponowana Ubezpieczającemu zgodnie z ust. 2, jest obliczana na podstawie Wartości wykupu Polisy w dniu dokonania zmiany ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, wieku Ubezpieczonego oraz okresu pozostałego do dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w ten sposób, że Wartość wykupu Polisy staje się Składką płatną jednorazowo.
- Z dniem zmiany ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe wygasa wymagalność wszelkich przyszłych Składek, do których opłacenia zobowiązany jest Ubezpieczający.

Zawieszenie opłacania Składek §12

- Zawieszenie opłacania Składek możliwe jest w każdym czasie po upływie 24 Miesiący ochrony i opłaceniu wszystkich należnych Składek do dnia złożenia wniosku o zawieszenie. W celu zawieszenia opłacania Składek Ubezpieczający zobowiązany jest do złożenia wniosku o zawieszenie na formularzu Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel udziela lub odmawia zgody na zawieszenie opłacania Składek w formie pisemnej.
- Zawieszenie opłacania Składek może nastąpić tylko jeden raz w ciągu każdego pięciu lat trwania ochrony ubezpieczeniowej, począwszy od daty jej rozpoczęcia określonej w Polisie. Zawieszenie opłacania Składek może nastąpić na czas ustalony przez strony, jednak nie dłuższy niż 6 miesięcy liczonych od daty wymagalności ostatniej nieopłaconej Składki.
- Zawieszenie opłacania Składek rozpoczyna się od następnego Miesiąca ochrony następującego po zakończeniu ostatniego Okresu ochrony, w którym Ubezpieczyciel udzielił zgody na zawieszenie opłacania Składek, z zastrzeżeniem ust. 1 i 2. Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o udzieleniu zgody na zawieszenie opłacania Składek oraz terminie, od którego zostanie zawieszona opłacanie Składek.
- Ubezpieczający może wznowić opłacanie zawieszonych Składek przed upływem okresu zawieszenia po poinformowaniu Ubezpieczyciela na formularzu Ubezpieczyciela.
- Po zakończeniu okresu zawieszenia opłacania Składek oraz w wypadku określonym w ust. 4 Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia wszystkich zaległych Składek z wyjątkiem Składek z tytułu Dodatkowych ubezpieczeń, w ramach których w okresie zawieszenia nie jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa.
- W przypadku nieopłacenia zaległych Składek po upływie okresu zawieszenia lub w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia w okresie zawieszenia, mimo otrzymania wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie zgodnie z ust. 7 poniżej, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczającemu Wartość wykupu Polisy pomniejszoną o zaległe Składki, należne za okres zawieszenia.
- Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o dacie upływu okresu zawieszenia opłacania Składek najpóźniej na 30 dni przed jego zakończeniem, podając termin płatności Składek oraz wzywając do zapłaty tych Składek w terminie, z zastrzeżeniem, iż brak zapłaty spowoduje uznanie umowy za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego i wypłatę Wartości wykupu Polisy stosownie do ust. 6 powyżej.
- W okresie zawieszenia opłacania Składek Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia z wyłączeniem Dodatkowych ubezpieczeń.
- Podczas trwania okresu zawieszenia opłacania Składek Ubezpieczający nie ma możliwości dokonania wypłaty Wartości wykupu Polisy, nie przysługuje mu prawo do Indeksacji oraz nie jest dokonywana automatyczna Indeksacja Składek.

Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej §13

- Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego wygaśnie z powodu niezapłacenia Składek należnych w ciągu pierwszych 24 Miesiący ochrony, liczonych od momentu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie, Ubezpieczyciel może wyrazić zgodę na wznowienie ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w ust. 2.
- Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej jest możliwe po spełnieniu wszystkich poniższych warunków:
 - Ubezpieczający w terminie 6 miesięcy od upływu Okresu prolongaty złożył wniosek o wznowienie ubezpieczenia na formularzu Ubezpieczyciela;
 - Ubezpieczający dostarczył dokumenty umożliwiające ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, zgodnie z wymaganiami Ubezpieczyciela, tj. dokumenty, których Ubezpieczyciel żąda zgodnie z procedurami stosowanymi przy zawarciu Umowy ubezpieczenia;
 - Ubezpieczający zaakceptował pisemną ofertę wznowienia przedstawioną przez Ubezpieczyciela poprzez zapłatę wskazanej kwoty na poczet wznowienia w terminie podanym w ofercie.
- Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wznowienia ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku wznowienia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel ma prawo, w celu dokonania prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zwrócić się do Ubezpieczonego o dostarczenie informacji na temat jego zdrowia oraz skierować go na badania lekarskie w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i na koszt Ubezpieczyciela.
- Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej zostaje potwierdzone przez Ubezpieczyciela.

Cesja Praw z Umowy ubezpieczenia

§14

1. Dokonanie przez Ubezpieczającego cesji Praw z Umowy ubezpieczenia wymaga złożenia u Ubezpieczyciela dokumentów niezbędnych do dokonania cesji.
2. Ubezpieczyciel potwierdza dokonanie cesji w formie pisemnej.

Wypłata Wartości wykupu Polisy

§15

1. Wypłata Wartości wykupu Polisy jest możliwa w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia po upływie drugiej Roczniczy ochrony oraz opłaceniu Składek za co najmniej 24 Miesiące ochrony.
2. Wartość wykupu Polisy naliczana jest na koniec Miesiąca ochrony następującego po dniu otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę Wartości wykupu Polisy. Wartość wykupu Polisy na dzień wykupu jest liczona, zgodnie z poniższym wzorem, jako średnia z wartości wykupu na sąsiadujące Rocznicze ochrony, ważona ilością dni do tych rocznic.

$$W = \frac{W_1 \cdot x + (P - x) \cdot W_2}{P}, \text{ gdzie}$$

W_1 – Wartość wykupu Polisy na Rocznicę ochrony bezpośrednio poprzedzającą datę wykupu lub na datę wykupu, jeżeli wykup następuje w Rocznicę ochrony,

W_2 – Wartość wykupu Polisy na Rocznicę ochrony następującą bezpośrednio po dacie wykupu,

x – liczba dni od daty wykupu do Roczniczy ochrony następującej bezpośrednio po dacie wykupu,

P – liczba dni pomiędzy Rocznicami ochrony, na które liczone są wartości W_1 i W_2 .

3. Wartości wykupu Polisy na każdą Rocznicę ochrony są określone w Polisie.
4. Wypłata Wartości wykupu Polisy zostanie dokonana w ciągu 30 dni od dnia naliczenia Wartości wykupu Polisy, o której mowa w ust. 2.
5. Wypłata Wartości wykupu Polisy powiększona zostanie o przyznany udział w zysku oraz pomniejszona o sumę należnych, lecz niezapłaconych Składek lub powiększona o sumę nienależnych, lecz zapłaconych Składek.
6. Wypłata Wartości wykupu Polisy dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o wypłatę Wartości wykupu Polisy.
7. Jeżeli po wypłacie Wartości wykupu Polisy zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce w Okresie ochrony, Ubezpieczyciel, w przypadku uznania roszczenia, wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe pomniejszone o kwotę wypłaconej Wartości wykupu Polisy.

Wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego

§16

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Uposażony lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia zobowiązany jest złożyć do Ubezpieczyciela następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Ubezpieczyciela;
 - 2) skrócony akt zgonu Ubezpieczonego (w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie);
 - 3) uwierzytelnioną przez organ sporządzający (lekarza, szpital) lub urząd stanu cywilnego kopię zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu (karta zgonu) Ubezpieczonego lub dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu;
 - 4) kopię swojego dokumentu tożsamości poświadczoną notarialnie lub przez Agenta, lub przez Ubezpieczyciela;
 - 5) Ubezpieczyciel w uzasadnionych przypadkach może zwrócić się o dostarczenie innych dokumentów, niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.
2. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty wyszczególnione w ust. 1 pkt 2) i 3), a w razie potrzeby także dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 5), powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt osoby uprawnionej.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca należne Świadczenie ubezpieczeniowe na rachunek bankowy wskazany przez Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku dożycia przez Ubezpieczonego do daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, określonej w Polisie, w celu uzyskania świadczenia Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć do Ubezpieczyciela następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Ubezpieczyciela;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości poświadczoną notarialnie lub przez Agenta, lub przez Ubezpieczyciela;
 - 3) inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, o których dostarczenie w uzasadnionych przypadkach może zwrócić się Ubezpieczyciel.
5. W przypadku dożycia przez Ubezpieczonego do daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej określonej w Polisie Ubezpieczyciel wypłaca należne Świadczenie ubezpieczeniowe na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.

§17

1. Ubezpieczyciel spełnia Świadczenie ubezpieczeniowe w terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 1, Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 1.

3. Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku dożycia Ubezpieczonego do dnia określonego w Polisie spełniane jest w formie wypłaty jednorazowej.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dniem określonym w Polisie spełniane jest w formie wypłaty jednorazowej.
5. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje, Ubezpieczyciel powiadamia pisemnie osoby uprawnione do świadczenia o odmowie przyznania Świadczenia ubezpieczeniowego, wskazując w uzasadnieniu podstawę faktyczną i prawną odmowy, w terminach określonych w §17 ust. 1 i 2.
6. Osoba niezadowolona z decyzji Ubezpieczyciela, ale uprawniona do Świadczenia ubezpieczeniowego, może dochodzić swoich roszczeń na zasadach określonych w §22.

Uposażeni

§18

1. Ubezpieczający ma prawo wskazać imiennie co najmniej jednego Uposażonego uprawnionego do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że wszystkie udziały są równe.
3. Ubezpieczający może w każdym czasie wskazać, zmienić lub odwołać wskazanie Uposażonego. Oświadczenie o wskazaniu, zmianie lub odwołaniu wskazania Uposażonego zawierające datę i podpis wywołuje skutki prawne od dnia doręczenia oświadczenia Ubezpieczycielowi.
4. Jeżeli w dniu śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje lub utracił prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego, świadczenie to spełniane jest na rzecz pozostałych Uposażonych proporcjonalnie do przypadających im udziałów.
5. Jeżeli w dniu śmierci Ubezpieczonego wszyscy Uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia, Świadczenie ubezpieczeniowe spełniane jest na rzecz członków rodziny Ubezpieczonego, w kolejności i częściach, w jakich dziedziczyliby po nim jako spadkobiercy ustawowi.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje Uposażonemu lub innej osobie, o której mowa w ust. 5, w przypadku umyślnego przyczynienia się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku Świadczenie ubezpieczeniowe jemu lub jej przysługujące spełniane jest na rzecz pozostałych osób uprawnionych do Świadczenia ubezpieczeniowego proporcjonalnie do przypadających im udziałów.

Podatki

§19

Wszelkie podatki związane z Umową ubezpieczenia 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 2010 r. Nr 51, poz. 307 j.t. z późn. zm.) i ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 j.t.).

Postanowienia końcowe

§20

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o zmianach:
 - 1) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny) oraz
 - 2) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).Informacje o zmianach powinny być przekazane do Ubezpieczyciela pisemnie lub w innej formie ustalonej przez strony.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Ubezpieczyciela o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania funkcji PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie jego podpisem. Złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez Ubezpieczającego może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznej aktualizacji informacji w przypadku zmiany okoliczności mających wpływ na jego status jako Podatnika USA w celu wykonania obowiązków nałożonych Ustawą z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA.
4. Wszelka korespondencja związana z Umową ubezpieczenia przekazywana będzie w formie pisemnej lub w innej formie zaakceptowanej przez strony Umowy ubezpieczenia pod ostatni adres podany przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia jako adres do korespondencji.
5. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową ubezpieczenia winny być przekazywane w formie pisemnej lub innej formie zaakceptowanej przez strony Umowy ubezpieczenia.

§21

Za porozumieniem stron do Umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.

Reklamacje

§22

1. Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie na adres Towarzystwa: MetLife TUNZIR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa;

- 2) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl;
- 3) telefonicznie pod numerem +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora);
- 4) osobiście w biurze głównym Towarzystwa lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej Towarzystwa;
- 5) u Agenta w formie:
 - a) pisemnej – złożonej osobiście w Oddziale Banku w godzinach pracy Oddziału, albo przesłanej na adres: Citi Handlowy, Departament Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Golezowska 6, 01-249 Warszawa,
 - b) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w Oddziale Banku,
 - c) w formie elektronicznej – na adres poczty elektronicznej Banku, przez Citibank Online po zalogowaniu w zakładce „Kontakt z bankiem” oraz na stronie www.citibank.pl, korzystając z formularza reklamacyjnego.Aktualne dane kontaktowe umożliwiające złożenie Reklamacji są dostępne na stronie internetowej Banku (www.citibank.pl).
2. Każda Reklamacja złożona zgodnie z ustępem 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania przez Towarzystwo lub Agenta.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ustępie 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji przez Towarzystwo lub Agenta. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
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 lub Agenta 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.

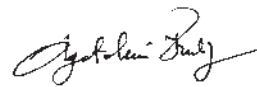
Właściwości sądu, sprawozdania §23

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 uprawnionym z Umowy będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
4. Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
5. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa po zakończeniu roku sprawozdawczego.
6. W relacjach z Towarzystwem zastosowanie ma język polski.

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Ubezpieczyciela



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Ubezpieczyciela

Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej

Postanowienia ogólne §1

1. Niniejsze ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie do Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej i stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”.
2. Warunki określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie” stosuje się także do niniejszych ogólnych warunków Dodatkowego ubezpieczenia, jeśli te nie stanowią inaczej.
3. Terminy określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie” stosuje się także w niniejszych ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia, jeśli te nie stanowią inaczej.

Definicje §2

Terminom używanym w ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej nadano następujące znaczenie:

1. **Choroba** – schorzenie, dolegliwość lub stan chorobowy – prowadzące do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju – których objawy, potwierdzone w dokumentacji medycznej, rozpoznanie lub leczenie wystąpiły po raz pierwszy po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które wymagały podjęcia leczenia w Szpitalu;
2. **Dodatkowe ubezpieczenie** – Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej;
3. **Hospitalizacja** – stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, gdy Ubezpieczony korzysta z porad lekarskich i znajduje się pod stałą opieką medyczną oraz gdy z uzasadnionych względów medycznych nie można prowadzić leczenia w warunkach ambulatoryjnych;
4. **Lekarz** – osoba kwalifikująca do Hospitalizacji lub przeprowadzającej Operację chirurgiczną, wykonująca zawód lekarza na podstawie udzielonych jej uprawnień przez właściwe organy lub umocowane do wydawania takich uprawnień instytucje akademickie. Osoba ta nie może być małżonkiem, krewnym ani powinowatym Ubezpieczonego oraz nie może zamieszkiwać ani prowadzić wspólnego gospodarstwa domowego z Ubezpieczonym ani żadnym członkiem jego rodziny, o ile Ubezpieczyciel nie wyraził na to zgody;
5. **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową;
6. **Operacja chirurgiczna** – leczenie polegające na zastosowaniu odpowiednich technik chirurgicznych przy użyciu właściwych narzędzi, zmierzające do częściowego lub całkowitego usunięcia tkanki, narządu lub części ciała, zwykle związane z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek, przeprowadzone w obecności anestezjologa przez Lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje do przeprowadzania operacji. Operacja musi wynikać ze wskazań lekarskich jako metoda leczenia odpowiednia dla danego schorzenia lub urazu, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Ochronie ubezpieczeniowej podlegają wyłącznie operacje wymienione w Załączniku nr 1 do niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia – „Lista Operacji chirurgicznych objętych Dodatkowym ubezpieczeniem na wypadek Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej”. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są operacje przeprowadzane wyłącznie w celach diagnostycznych, takie jak pobranie wycinków, biopsja, nakłucie jam ciała itp., drobne zabiegi chirurgiczne niewymagające Hospitalizacji oraz wszelkie operacje o charakterze eksperymentalnym;
7. **Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób;
8. **OWU** – Ogólne warunki ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”;
9. **Podstawowe ubezpieczenie** – indywidualna Umowa ubezpieczenia na życie i dożycie zawarta pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”;
10. **Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji** – określona w Polisie dzienna wysokość świadczenia z tytułu Hospitalizacji stanowiąca podstawę do ustalenia świadczenia z tytułu Hospitalizacji, z uwzględnieniem postanowień §5;
11. **Suma ubezpieczenia z tytułu Operacji chirurgicznej** – kwota określona w Polisie, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu ryzyka Operacji chirurgicznej;
12. **Szpital** – działające zgodnie z prawem przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, zapewniające całodobową opiekę lekarską i terapię o charakterze stałym, w obiektach wyposażonych w infrastrukturę przystosowaną do badań diagnostycznych i interwencji chirurgicznych, oraz zatrudniające wykwalifikowany personel medyczny. Nie uznaje się za Szpital: domu opieki, szpitala psychiatrycznego, którego głównym celem statutowym jest terapia alkoholizmu i innych uzależnień, sanatoriów, ośrodków rehabilitacyjnych, wypoczynkowych, domów opieki, hospicjów ani domów spokojnej starości.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia §3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) Hospitalizację na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby;
 - 2) Operację chirurgiczną na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby.

Zawarcie i wypowiedzenie Dodatkowego ubezpieczenia §4

1. Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Dodatkowego ubezpieczenia ukończył 18 lat i nie ukończył 61. roku życia.
2. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte przy zawieraniu Podstawowego ubezpieczenia lub w każdą Rocznicę ochrony poprzez złożenie pisemnego wniosku do Agenta lub Ubezpieczyciela na 60 dni przed najbliższą Rocznicą ochrony. Dodatkowe ubezpieczenie zostaje potwierdzone przez Ubezpieczyciela w Polisie.
3. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie zawierane jest na okres pięciu lat w wybranym przez Ubezpieczającego wariantcie ubezpieczenia określonym w Załączniku nr 1 do niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia – „Lista Operacji chirurgicznych objętych Dodatkowym ubezpieczeniem na wypadek Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej” i zostaje automatycznie przedłużone na kolejnych 5 lat, z uwzględnieniem postanowień ust. 4-6 poniżej.
4. Ubezpieczyciel może przedstawić ofertę przedłużenia Dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach na kolejny okres pięcioletni w wybranym przez Ubezpieczającego wariantcie ubezpieczenia.
5. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Dodatkowe ubezpieczenie, w wysokości zaofertowanej przez Ubezpieczyciela, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie jest przedłużone. W przypadku zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie może być kontynuowane, Ubezpieczyciel powiadomi o tym Ubezpieczającego w terminie nie później niż 45 dni przed Rocznicą ochrony.
6. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków Dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczenie to nie będzie przedłużone.
7. Podwyższenie Składki oraz świadczeń z tytułu Indeksacji nie stanowi zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie jest przedłużone.
8. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może zostać wypowiedziane w każdej chwili ze skutkiem na najbliższą Rocznicę ochrony przypadającą bezpośrednio po dniu złożenia pisemnego wypowiedzenia Ubezpieczycielowi, jednak nie zwalnia to Ubezpieczającego z opłacania Składki za Dodatkowe ubezpieczenie do dnia wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
9. W przypadku zawierania Dodatkowego ubezpieczenia w którąkolwiek Rocznicę ochrony lub podwyższenia Sumy ubezpieczenia, lub jeżeli miało miejsce wznowienie ochrony ubezpieczeniowej na podstawie §13 OWU Podstawowego ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może zaproponować zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej, na zasadach opisanych w powyższych ustępach.
10. W przypadku, o którym mowa powyżej, stosuje się odpowiednio postanowienia §4 ust. 4, 5 oraz §6 OWU Podstawowego ubezpieczenia.
11. W przypadku wypowiedzenia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczający traci prawo do ponownego zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z Podstawowego ubezpieczenia.
12. Odstąpienie od Podstawowego ubezpieczenia, zgodnie z §10 OWU Podstawowego ubezpieczenia, skutkuje odstąpieniem od Dodatkowego ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe §5

1. W przypadku uznania roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego, która miała miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Hospitalizacji, za każdy dzień nieprzerwanej Hospitalizacji, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3. W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego w Miesiącu ochrony, za który Ubezpieczający nie opłacił zaległej Składki, świadczenie z tego tytułu zostanie pomniejszone o Składkę należną i niezapłaconą w terminie wymagalności.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji przysługuje od czwartego dnia Hospitalizacji i nie obejmuje pierwszych trzech dni każdej Hospitalizacji.
3. łączna długość okresu Hospitalizacji, za którą Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku uznania roszczenia, nie może przekroczyć 90 dni w Roku ochrony.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji wypłaca się po zakończeniu Hospitalizacji.
5. W przypadku długotrwałej Hospitalizacji Ubezpieczony może zwrócić się z wnioskiem do Ubezpieczyciela o wypłatę części Świadczenia ubezpieczeniowego za Hospitalizację. Minimalnym okresem uprawniającym do zgłoszenia wniosku o wypłatę części Świadczenia ubezpieczeniowego jest każdorazowy 30-dniowy okres Hospitalizacji. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji jest określona w Polisie jako dzienna wysokość świadczenia z tytułu Hospitalizacji, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczonego wariantem ubezpieczenia.
6. W przypadku uznania roszczenia z tytułu Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, przeprowadzonej w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Operacji chirurgicznej

w wysokości iloczynny Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji chirurgicznej określonej w Polisie, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczonego wariantem ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego określonego dla danej Operacji chirurgicznej w Załączniku nr 1 do niniejszych ogólnych warunków Dodatkowego ubezpieczenia.

W przypadku Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w Miesiącu ochrony, za który Ubezpieczający nie opłacił zaległej Składki, świadczenie z tego tytułu zostanie pomniejszone o Składkę należną i niezapłaconą w terminie wymagalności.

7. Łączna kwota Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Operacji chirurgicznych, które zostały przeprowadzone w ciągu Roku ochrony, nie może być wyższa od 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji chirurgicznej, dla danego wariantu ubezpieczenia, określonego w Polisie i wybranego przez Ubezpieczonego.
8. W przypadku zgłoszenia więcej niż jednej Operacji chirurgicznej, przeprowadzanej w okresie tej samej Hospitalizacji, Ubezpieczyciel wypłaci jedno najwyższe Świadczenie ubezpieczeniowe, określone dla danej Operacji chirurgicznej w Załączniku nr 1 do niniejszych ogólnych warunków Dodatkowego ubezpieczenia.
9. Sumy ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego oraz Operacji chirurgicznej są indeksowane, jeżeli indeksowane jest Podstawowe ubezpieczenie. Indeksacja powyższych Sum ubezpieczenia jest realizowana poprzez podwyższenie Składki za niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie. Zasady indeksacji określone są w Podstawowym ubezpieczeniu.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela

§6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie Hospitalizacji wskutek Choroby i Operacji chirurgicznej wskutek Choroby rozpoczyna się po upływie 60 dni od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.
2. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek, o którym mowa w §12 OWU Podstawowego ubezpieczenia, wznowienia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie §13 OWU Podstawowego ubezpieczenia lub zawarcia niniejszego ubezpieczenia w którąkolwiek Rocznicę ochrony odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie Hospitalizacji wskutek Choroby i Operacji chirurgicznej wskutek Choroby rozpoczyna się zgodnie z terminem określonym w ust. 1.
3. Odpowiedzialność z tytułu Hospitalizacji wygasa z chwilą uznania roszczenia, w związku ze zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową, gdy łączny okres Hospitalizacji wyniósł 90 dni w danym Roku ochrony.
4. Odpowiedzialność z tytułu Operacji chirurgicznej wygasa z chwilą uznania roszczenia, w związku ze zdarzeniem zaistniałym w danym Roku ochrony, za które przysługuje łącznie 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji chirurgicznej, z uwzględnieniem określonego wariantu ubezpieczenia.
5. Ponadto odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia wygasa:
 - 1) w najbliższą Rocznicę ochrony następującą po dniu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) z datą zakończenia ochrony ubezpieczeniowej określonej w Polisie;
 - 4) w Rocznicę ochrony następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
6. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Dodatkowego ubezpieczenia obejmującego Hospitalizację oraz Operację chirurgiczną udzielana jest przez całą dobę, na terenie całego świata.

Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§7

1. Ubezpieczyciel odmówi spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia, gdy Hospitalizacja lub Operacja chirurgiczna nastąpiła wskutek:
 - 1) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony znajdował się na pokładzie statku powietrznego i nie był pasażerem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - 2) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, zamieszek, dobrowolnego i czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub rozruchach;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;

- 5) leczenia skutków spożycia alkoholu, pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażycia środka odurzającego, pobudzającego, halucynogennego, narkotyków, innego środka o podobnym działaniu, jeżeli nie został zalecony przez Lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu bez stosownych uprawnień albo gdy środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych;
 - 7) w związku z zakażeniem wirusem HIV;
 - 8) leczenia związanego ze zmianą płci;
 - 9) leczenia metodami niekonwencjonalnymi;
 - 10) chorób lub zaburzeń psychicznych z uwzględnieniem depresji oraz bulimii i anoreksji;
 - 11) choroby, która została uznana za chorobę przewlekłą i wymaga okresowego leczenia;
 - 12) leczenia jakichkolwiek chorób lub kontynuacji leczenia następstw chorób rozpoznanych bądź leczonych w okresie poprzedzającym datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, niezależnie od przyczyn ich powstania;
 - 13) usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 14) poddania się przez Ubezpieczonego jakimkolwiek leczeniu szpitalnemu bądź zabiegom chirurgicznym i diagnostycznym w celu przeprowadzenia operacji z zakresu chirurgii kosmetycznej, plastycznej bądź szczękowej z wyłączeniem operacji odtwórczych będących kontynuacją leczenia skutków obrażeń powstałych w czasie Ochrony ubezpieczeniowej i niezależnie od woli Ubezpieczonego;
 - 15) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych, gdy zdarzenie spowodowane było upadkiem z wysokości lub wynikało bezpośrednio z udziału w następujących zajęciach: speleologii, nurkowania, podróży łodzią podwodną, żeglugi, wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, wszelkiego rodzaju walk, wyścigów (z wyłączeniem biegów lekkoatletycznych i pływania), uprawiania sportu i zajęć rekreacyjnych, do wykonywania których wymagane są odpowiednie licencje, zezwolenia, patenty lub inne uprawnienia, a Ubezpieczony uprawnień tych nie posiadał lub przekroczył ich zakres.
2. Ubezpieczyciel odmówi spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Hospitalizacji, jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego zgodnie z wiedzą medyczną wymagał jedynie leczenia w warunkach ambulatoryjnych.
 3. Ubezpieczyciel odmówi spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Operacji chirurgicznej, jeżeli Lekarz przeprowadzający Operację chirurgiczną nie spełnia warunków określonych w §2 pkt 4 definicji zawartych w niniejszych ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia.

Wypłata Sumy ubezpieczenia lub Świadczenia ubezpieczeniowego

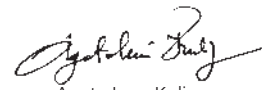
§8

1. W razie Hospitalizacji i/lub Operacji chirurgicznej Ubezpieczony jest obowiązany przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Ubezpieczyciela;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości;
 - 3) uwierzytelnioną przez Szpital kopię karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - 4) uwierzytelnioną przez przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego lub Lekarza kopię dokumentacji leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej dokumentacji medycznej Choroby będącej przyczyną Hospitalizacji – o ile jest w posiadaniu Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Hospitalizacja i/lub Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty wyszczególnione w ust. 1 pkt 3) i 4) powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt osoby uprawnionej do świadczenia.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo, w wypadku otrzymania roszczenia z tytułu Operacji chirurgicznej lub Hospitalizacji, do skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie w celu potwierdzenia diagnozy medycznej otrzymanej w przekazanej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej. Koszt badań lekarskich obciąża Ubezpieczyciela.

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Ubezpieczyciela



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Ubezpieczyciela

Załącznik nr 1

Lista Operacji chirurgicznych objętych Dodatkowym ubezpieczeniem na wypadek Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej

	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji	50 zł	100 zł	200 zł
Suma ubezpieczenia z tytułu Operacji chirurgicznej	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł

Kod	Traumatologia	% świadczenia (maksymalnie 100%)	Wariant ubezpieczenia I	Wariant ubezpieczenia II	Wariant ubezpieczenia III
T001	operacja naprawcza złamania podstawy czaszki	75%	1 875 zł	3 750 zł	7 500 zł
T002	operacja naprawcza pęknięcia kości czaszki	75%	1 875 zł	3 750 zł	7 500 zł
T003	ewakuacja krwiaka śródczaszkowego	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
T004	zespolecie kręgow kręgosłupa – odcinek szyjny	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
T005	odbarczenie złamania kręgosłupa w dowolnym odcinku	75%	1 875 zł	3 750 zł	7 500 zł
T006	stabilizacja wewnętrzna złamania kręgosłupa	75%	1 875 zł	3 750 zł	7 500 zł
T007	usunięcie wypadniętego dysku	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
T008	zamknięte złamanie obręczy barkowej lub kończyny górnej ustabilizowane płytką i śrubami	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
T009	złamanie kości udowej ustabilizowane płytką i śrubami	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
T010	całkowita endoproteza z plastiką stawu biodrowego	75%	1 875 zł	3 750 zł	7 500 zł
T011	złamanie kończyny dolnej poniżej kolana wymagające otwarcia i zespolenia	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
T012	złamanie kończyny górnej z nastawieniem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
T013	operacyjne nastawienie złamania szczęki	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
T014	operacyjne nastawienie złamania żuchwy	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
T015	uraz dłoni wymagający naprawy ścięgien	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
T016	plastyka oczodołu – operacja naprawcza	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł

Kod	Chirurgia	% świadczenia (maksymalnie 100%)	Wariant ubezpieczenia I	Wariant ubezpieczenia II	Wariant ubezpieczenia III
CH001	przeszczep nerki (jako biorca)	75%	1 875 zł	3 750 zł	7 500 zł
CH002	przeszczep wątroby (jako biorca)	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
CH003	częściowe wycięcie wątroby	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
CH004	torbiel lub ropień wątroby wymagające operacyjnego usunięcia	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
CH005	operacje naprawcze wątroby w wyniku urazu – zszycie	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
CH006	cholecystektomia	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
CH007	całkowite usunięcie trzustki	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
CH008	wycięcie głowy trzustki	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
CH009	częściowe wycięcie żołądka	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
CH010	całkowite wycięcie żołądka	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
CH011	całkowite wycięcie śledziony	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
CH012	usunięcie grasicy	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
CH013	strumektomia	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
CH014	wycięcie odcinka jelita cienkiego	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
CH015	wycięcie odcinka jelita grubego	75%	1 875 zł	3 750 zł	7 500 zł
CH016	usunięcie wyrostka robaczkowego	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
CH017	przepukliny brzuszne	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
CH018	mastektomia	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
CH019	rekonstrukcja piersi po mastektomii	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
CH020	całkowite usunięcie płuca	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
CH021	usunięcie jednego płata płuca	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
CH022	operacja naprawcza pęknięcia przepony	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
CH023	operacja pękniętego tętniaka aorty brzusznej wymagająca wszczępienia protezy	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
CH024	zabiegi rekonstrukcyjne tętnic miednicy	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
CH025	zabiegi rekonstrukcyjne tętnic kończyn dolnych	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł

Kod	Chirurgia	% świadczenia (maksymalnie 100%)	Wariant ubezpieczenia I	Wariant ubezpieczenia II	Wariant ubezpieczenia III
CH026	operacja zszycia tętnicy obwodowej	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
CH027	mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł

Kod	Urologia	% świadczenia (maksymalnie 100%)	Wariant ubezpieczenia I	Wariant ubezpieczenia II	Wariant ubezpieczenia III
U001	całkowite usunięcie pęcherza moczowego	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
U002	częściowe usunięcie pęcherza moczowego	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
U003	operacje endoskopowe układu moczowego wykonywane w celu usunięcia guza (guzów) pęcherza moczowego	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
U004	usunięcie nerki	75%	1 875 zł	3 750 zł	7 500 zł
U005	operacja naprawcza uszkodzeń mechanicznych nerki lub obu nerek	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
U006	pourazowe usunięcie moczowodu	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
U007	operacja naprawcza moczowodu	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
U008	obustronne usunięcie jąder	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
U009	usunięcie jądra	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
U010	operacja wodniaka lub krwaka jądra	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
U011	usunięcie prostaty (gruczołu krokowego)	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
U012	pourazowa amputacja narządów płciowych zewnętrznych męskich	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł

Kod	Amputacje/replantacje	% świadczenia (maksymalnie 100%)	Wariant ubezpieczenia I	Wariant ubezpieczenia II	Wariant ubezpieczenia III
A/R01	replantacja kończyny górnej po urazie	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
A/R02	replantacja kończyny dolnej po urazie	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
A/R03	pourazowa amputacja kończyny górnej lewej lub prawej powyżej stawu łokciowego	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
A/R04	pourazowa amputacja kończyny górnej lewej lub prawej poniżej stawu łokciowego	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
A/R05	pourazowa amputacja kończyny dolnej lewej lub prawej powyżej stawu kolanowego	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
A/R06	amputacja stopy lewej lub prawej powyżej stawu skokowego	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
A/R07	pourazowa amputacja kończyny dolnej lewej lub prawej poniżej stawu kolanowego	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
A/R08	całkowita amputacja palucha dużego stopy lewej lub prawej	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
A/R09	amputacja całkowita palców stopy lewej lub prawej na wysokości stawu śródstopno-paliczkowego	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
A/R10	amputacja dłoni lewej lub prawej	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
A/R11	całkowita amputacja kciuka dłoni lewej lub prawej	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
A/R12	amputacja min. 3 palców dłoni lewej lub prawej	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
A/R13	amputacja całkowita nosa	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł

Kod	Ginekologia	% świadczenia (maksymalnie 100%)	Wariant ubezpieczenia I	Wariant ubezpieczenia II	Wariant ubezpieczenia III
G001	usunięcie obustronne jajników laparoskopowo	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
G002	usunięcie obustronne jajników przez powłoki brzuszne	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
G003	usunięcie macicy z przydatkami przez powłoki brzuszne	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
G004	usunięcie macicy bez przydatków przez powłoki brzuszne	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
G005	usunięcie macicy przezpochwowe	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
G006	usunięcie szyjki macicy	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
G007	operacja naprawcza krocza u kobiet – wypadanie macicy	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł

Kod	Kardiochirurgia	% świadczenia (maksymalnie 100%)	Wariant ubezpieczenia I	Wariant ubezpieczenia II	Wariant ubezpieczenia III
K001	operacja naprawcza serca (zszycie uszkodzenia mech. mięśnia sercowego)	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
K002	przeszczep serca (jako biorca)	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
K003	operacja naprawcza tętnicy płucnej	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
K004	operacja naprawcza aorty	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
K005	operacja rozwarstwiającego się tętniaka aorty wstępującej	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
K006	wymiana zastawki mitralnej z powodu chorób nabytych	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
K007	operacja pomostowania naczyń wieńcowych – by-pass	100%	2 500 zł	5 000 zł	10 000 zł
K008	wszczepienie rozrusznika serca po raz pierwszy	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł

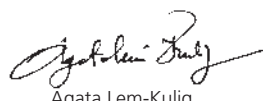
Kod	Laryngologia	% świadczenia (maksymalnie 100%)	Wariant ubezpieczenia I	Wariant ubezpieczenia II	Wariant ubezpieczenia III
L001	usunięcie krtani z powodu nowotworu złośliwego	50%	1 250 zł	2 500 zł	5 000 zł
L002	radykałna operacja ucha	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
L003	operacja naprawcza błony bębenkowej	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
L004	operacja usunięcia ślinianki przyusznej lub podżuchwowej	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
L005	plastyka małżowiny nosa – chirurgia odtwórcza po urazach	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
L006	operacja plastyczna nosa po nieszczęśliwym wypadku	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł

Kod	Inne	% świadczenia (maksymalnie 100%)	Wariant ubezpieczenia I	Wariant ubezpieczenia II	Wariant ubezpieczenia III
I001	cekostomia – wyłonienie kątnicy	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
I002	ileostomia – przetoka jelita krętego po resekcji spowodowanej nowotworem złośliwym jelita	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
I003	jejunostomia – przetoka jelita czczego po resekcji spowodowanej nowotworem złośliwym jelita	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
I004	tracheostomia wykonana niezależnie od przyczyn	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
I005	drenaż osierdzia	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
I006	drenaż opłucnej	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł

Kod	Okulistyka	% świadczenia (maksymalnie 100%)	Wariant ubezpieczenia I	Wariant ubezpieczenia II	Wariant ubezpieczenia III
O001	odklejenie siatkówki w początkowej fazie wymagające użycia lasera	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
O002	wyłuszczenie – usunięcie gałki ocznej	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
O003	zszycie rogówki	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
O004	usunięcie ciała obcego z gałki ocznej w znieczuleniu ogólnym	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
O005	operacje mięśni oka	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł
O006	usunięcie zaćmy z wszczępieniem soczewki	10%	250 zł	500 zł	1 000 zł
O007	wszczępienie protezy oka	25%	625 zł	1 250 zł	2 500 zł

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku


 Łukasz Kalinowski
 Prezes Zarządu Ubezpieczyciela


 Agata Lem-Kulig
 Członek Zarządu Ubezpieczyciela

Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania

Postanowienia ogólne §1

1. Niniejsze ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie do Dodatkowego ubezpieczenia dotyczącego Poważnego zachorowania i stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”.
2. Warunki określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie” stosuje się także do niniejszych ogólnych warunków Dodatkowego ubezpieczenia, jeśli te nie stanowią inaczej.
3. Terminy określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie” stosuje się także w niniejszych ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia.

Definicje §2

W ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania wymienionych poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

1. **Dodatkowe ubezpieczenie** – Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek Poważnego zachorowania;
2. **OWU** – Ogólne warunki ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”;
3. **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego i stanu jego zdrowia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną śmierci Ubezpieczonego;
4. **Podstawowe ubezpieczenie** – indywidualna Umowa ubezpieczenia na życie i dożycie zawarta pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”;
5. **Poważne zachorowanie** – schorzenia lub procedury medyczne wymienione poniżej w §3 ust. 2, których objawy, potwierdzone w dokumentacji medycznej, wystąpiły lub które przeprowadzono po 90 dniach od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową bądź jej wznowienia lub podwyższenia Sumy ubezpieczenia i niepowodujące śmierci Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od daty rozpoznania i/lub wykonania procedury medycznej. Rozpoznanie lub wykonanie procedury medycznej musi być potwierdzone wiarygodną dokumentacją medyczną;
6. **Suma ubezpieczenia/Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela osobie uprawnionej, w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, określona w Polisie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia §3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Poważne zachorowania:
 - 1) **Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)** – faktycznie przeprowadzona operacja z otwarciem klatki piersiowej mająca na celu korekcję zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, tzw. by-passów. Diagnoza musi być oparta na potwierdzonym koronarografią istotnym zwężeniu tętnicy wieńcowej. Wskazanie do zabiegu musi być potwierdzone przez lekarza kardiologa.
Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - a) angioplastyka,
 - b) wszystkie inne wewnątrznaczyniowe techniki udrażniania naczyń;
 - 2) **Niewydolność nerek** – przewlekłe nieodwracalne upośledzenie czynności obu nerek, wymagające stałego, regularnego odbywania przez Ubezpieczonego dializy nerki lub jej przeszczepu;
 - 3) **Nowotwór złośliwy** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z naciekaniami i niszczeniem zdrowej tkanki. Diagnoza musi zostać potwierdzona przez badanie histopatologiczne (opisane cechy złośliwości komórek nowotworowych) oraz opinie lekarza onkologa lub patologa.
Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - a) zmiany opisywane jako raki in situ lub nieinwazyjne oraz stany przednowotworowe, zawierające, ale nie ograniczone do: raka in situ gruczołu piersiowego, dysplazji nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,
 - b) nadmierne rogowacenie, podstawnokomórkowe i kolczystokomórkowe raki skóry, czerniaki naciekające tkankę na głębokość mniejszą niż 1,5 mm lub sklasyfikowane poniżej 3 stopnia w skali Clarka, za wyjątkiem obecności przerzutów,
 - c) raki gruczołu krokowego w skali TNM opisywane jako T1a lub T1b albo raki gruczołu krokowego sklasyfikowane w innej skali o podobnym lub niższym zaawansowaniu; brodawkowaty rak tarczycy T1N0M0 o średnicy mniejszej niż 1 cm; brodawkowaty mikro-rak pęcherza moczowego; przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 w skali Rai,
 - d) wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
 - 4) **Przeszczep ważnych narządów** – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące:
 - a) przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych poprzedzony całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją),

- b) przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów.
Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych są wykluczone.
 - 5) **Udar mózgu** – nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej, krwawienie podpajęczne lub krwawienia do mózgu, zatępy lub zakrzepy mózgowe. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - a) potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego utrzymujące się 3 miesiące po dokonaniu incydentu mózgowym,
 - b) zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego incydentu mózgowego.Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - a) przemijające niedokrwienie mózgu,
 - b) odwracalny niedokrwienno-ubytok neurologiczny,
 - c) uszkodzenie mózgu spowodowane wypadkiem lub urazem, infekcją, zapaleniem naczyń, zapaleniem mózgu,
 - d) choroby naczyniowe dotyczące narządu wzroku (w tym nerwu wzrokowego),
 - e) zaburzenia niedokrwienne układu równowagi;
 - 6) **Zawał mięśnia sercowego** – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta łącznie na trzech lub więcej z niżej podanych sześciu kryteriów, które składają się na świeży zawał mięśnia sercowego:
 - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej kinazy kreatyninowej,
 - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - e) frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50%, mierzona 3 miesiące lub później od dokonania zawału,
 - f) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza).
 - 7) **Utrata wzroku** – Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona przez lekarza okulistę wskazanego przez Ubezpieczyciela i wynikami badań diagnostycznych.
3. W okresie 90 dni od daty zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia (okres karencji) świadczona jest ochrona z tytułu Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie i wypowiedzenie Dodatkowego ubezpieczenia §4

1. Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Dodatkowego ubezpieczenia ukończył 18 lat i nie ukończył 61. roku życia.
2. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte przy zawieraniu Podstawowego ubezpieczenia lub w każdą Rocznicę ochrony poprzez złożenie pisemnego wniosku do Agenta lub Ubezpieczyciela na 60 dni przed najbliższą Rocznicą ochrony. Dodatkowe ubezpieczenie zostaje potwierdzone przez Ubezpieczyciela w Polisie.
3. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie zawierane jest na okres pięciu lat i zostaje automatycznie przedłużone na kolejnych 5 lat, z uwzględnieniem postanowień ust. 4-6 poniżej.
4. Ubezpieczyciel może przedstawić ofertę przedłużenia Dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach na kolejny okres pięcioletni w wybranym przez Ubezpieczyciela wariantcie ubezpieczenia. W przypadku zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie może być kontynuowane, Ubezpieczyciel powiadomi o tym Ubezpieczającego nie później niż 45 dni przed Rocznicą ochrony.
5. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Dodatkowe ubezpieczenie, w wysokości zaofiarowanej przez Ubezpieczyciela, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie jest przedłużone.
6. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków Dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczenie to nie będzie przedłużone.
7. Podwyższenie Składki oraz świadczeń z tytułu Indekacji nie stanowi zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie jest przedłużone.
8. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może zostać wypowiedziane w każdej chwili ze skutkiem na najbliższą Rocznicę ochrony przypadającą bezpośrednio po dniu złożenia pisemnego wypowiedzenia Ubezpieczycielowi, jednak nie zwalnia to Ubezpieczającego z opłacania Składki za Dodatkowe ubezpieczenie do dnia wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
9. W przypadku zawierania Dodatkowego ubezpieczenia w którąkolwiek Rocznicę ochrony lub podwyższenia Sumy ubezpieczenia, lub jeżeli miało miejsce wznowienie ochrony ubezpieczeniowej na podstawie §13 OWU Podstawowego ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może zaproponować zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w powyższych ustępach.
10. W przypadku, o którym mowa powyżej, stosuje się odpowiednio postanowienia §4 ust. 4, 5 oraz 6 OWU Podstawowego ubezpieczenia.
11. W przypadku wypowiedzenia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczający traci prawo do ponownego zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z Podstawowego ubezpieczenia.
12. Odstąpienie od Podstawowego ubezpieczenia, zgodnie z §10 OWU Podstawowego ubezpieczenia, skutkuje odstąpieniem od Dodatkowego ubezpieczenia.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela §5

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia rozpoczyna się na zasadach określonych w OWU Podstawowego ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszych OWU Dodatkowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia wygasa:
 - 1) w najbliższą Rocznicę ochrony następującą po dniu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) z dniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu jednego Poważnego zachorowania;
 - 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 4) z datą zakończenia ochrony ubezpieczeniowej określonej w Polisie;
 - 5) w Rocznicę ochrony następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
4. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek, o którym mowa w §12 OWU Podstawowego ubezpieczenia, wznowienia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie §13 OWU Podstawowego ubezpieczenia lub zawarcia niniejszego ubezpieczenia w którąkolwiek Rocznicę ochrony odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia rozpoczyna się w terminie określonym w ust. 3.
5. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia obejmująca podwyższoną Sumę ubezpieczenia rozpoczyna się w terminie określonym w ust. 3.

Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela §6

1. Ubezpieczyciel odmówi spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli Poważne zachorowanie powstało wskutek:
 - 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, zamieszek, aktów terroryzmu;
 - 2) spożycia lub pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażycia środka odurzającego, pobudzającego, halucynogennego, narkotyków, innego środka o podobnym działaniu, jeżeli nie został zalecony przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia;
 - 3) wirusa HIV (w tym nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS);
 - 4) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 5) próby popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego;
 - 6) czynnego, dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub rozruchach;
 - 7) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 8) okoliczności zaistniałych przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową lub jej wznowieniem, z wyłączeniem tych chorób, o których Towarzystwo zostało poinformowane na piśmie przez Ubezpieczającego przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 9) jakiegokolwiek choroby, która została rozpoznana bądź była leczona przed objęciem ochroną ubezpieczeniową lub w ciągu pierwszych 90 dni od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową lub od jej wznowienia bądź ustania zawieszenia;

- 10) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych, gdy zdarzenie spowodowane było upadkiem z wysokości lub wynikało bezpośrednio z udziału w następujących zajęciach: speleologii, nurkowania, podróży łodzią podwodną, żeglugi, wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, wszelkiego rodzaju walk, wyścigów (z wyłączeniem biegów lekkoatletycznych i pływania), uprawiania sportu i zajęć rekreacyjnych, do wykonywania których wymagane są odpowiednie licencje, zezwolenia, patenty lub inne uprawnienia, a Ubezpieczony uprawnień tych nie posiadał lub przekroczył wynikające z nich uprawnienia.
2. Ubezpieczyciel odmówi spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek jednego ze zdarzeń, o których mowa w §7 ust. 1 i 2 OWU Podstawowego ubezpieczenia, lub wskutek spożycia, spożywania lub pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środka odurzającego, pobudzającego, halucynogennego, narkotyków, innego środka o podobnym działaniu, jeżeli nie został zalecony przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia.

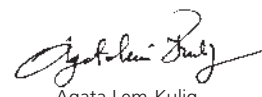
Świadczenie ubezpieczeniowe §7

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej dodatkowo Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w Polisie. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Miesiącu ochrony, za który Ubezpieczający nie opłacił zaległej Składki, świadczenie z tego tytułu zostanie pomniejszone o Składkę należną i niezapłaconą w terminie wymagalności.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego osobą uprawnioną do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania jest Ubezpieczony.
3. Ubezpieczony uprawniony do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia dotyczącego Poważnego zachorowania jest zobowiązany dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Ubezpieczyciela;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości;
 - 3) uwierzytelnioną przez szpital kopię karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - 4) uwierzytelnioną przez przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego lub lekarza kopię dokumentacji leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej dokumentacji medycznej choroby będącej przyczyną Poważnego zachorowania – o ile jest w posiadaniu Ubezpieczonego;
 - 5) w uzasadnionych przypadkach inne wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty (w tym wyniki badań medycznych przeprowadzonych na żądanie i koszt Ubezpieczyciela) niezbędne do potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.
4. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty wyszczególnione w ust. 3 pkt 3)-5) powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt osoby uprawnionej do świadczenia.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania jest indeksowana, jeżeli indeksowane jest Podstawowe ubezpieczenie. Indeksacja powyższej Sumy ubezpieczenia jest realizowana poprzez podwyższenie Składki za niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie. Zasady indeksacji określone są w Podstawowym ubezpieczeniu.
6. Suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku jest równa 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania.

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Ubezpieczyciela



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Ubezpieczyciela

Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem

Postanowienia ogólne

§1

1. Niniejsze ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie do Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem i stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”.
2. Warunki określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie” stosuje się także do niniejszych ogólnych warunków Dodatkowego ubezpieczenia, jeśli te nie stanowią inaczej.
3. Terminy określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie” stosuje się także w niniejszych ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia, jeśli te nie stanowią inaczej.

Definicje

§2

W ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem terminom wymienionym poniżej nadano następujące znaczenie:

1. **Dodatkowe ubezpieczenie** – Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem;
2. **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagle, niezależne od woli Ubezpieczonego i stanu jego zdrowia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, będące wyłącznie oraz bezpośrednią przyczyną śmierci Ubezpieczonego;
3. **OWU** – Ogólne warunki ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”;
4. **Podstawowe ubezpieczenie** – oznacza indywidualną Umowę ubezpieczenia na życie i dożycie zawartą pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”;
5. **Suma ubezpieczenia/Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela osobie uprawnionej, w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, określona w Polisie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem.

Zawarcie i wypowiedzenie Dodatkowego ubezpieczenia

§4

1. Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Dodatkowego ubezpieczenia ukończył 18 lat i nie ukończył 61. roku życia.
2. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte przy zawieraniu Podstawowego ubezpieczenia lub w każdą Rocznicę ochrony poprzez złożenie pisemnego wniosku do Agenta lub Ubezpieczyciela na 60 dni przed najbliższą Rocznicą ochrony. Dodatkowe ubezpieczenie zostaje potwierdzone przez Ubezpieczyciela w Polisie.
3. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie zawierane jest na okres pięciu lat i zostaje automatycznie przedłużone na kolejnych 5 lat, z uwzględnieniem postanowień ust. 4-6 poniżej.
4. Ubezpieczyciel może przedstawić ofertę przedłużenia Dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach na kolejny okres pięcioletni w wybranym przez Ubezpieczającego wariantcie ubezpieczenia.
5. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Dodatkowe ubezpieczenie, w wysokości zaoferowanej przez Ubezpieczyciela, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie jest przedłużone. W przypadku zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie może być kontynuowane, Ubezpieczyciel powiadomi o tym Ubezpieczającego nie później niż 45 dni przed Rocznicą ochrony.
6. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków Dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczenie to nie będzie przedłużone.
7. Podwyższenie Składki oraz świadczeń z tytułu Indeksacji nie stanowi zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie jest przedłużone.
8. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może zostać wypowiedziane w każdej chwili ze skutkiem na najbliższą Rocznicę ochrony przypadającą bezpośrednio po dniu złożenia pisemnego wypowiedzenia Ubezpieczycielowi, jednak nie zwalnia to Ubezpieczającego z opłacania Składki za Dodatkowe ubezpieczenie do dnia wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
9. W przypadku zawierania Dodatkowego ubezpieczenia w którąkolwiek Rocznicę ochrony lub podwyższenia Sumy ubezpieczenia, lub jeżeli miało miejsce wznowienie ochrony ubezpieczeniowej na podstawie §13 OWU Podstawowego ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może zaproponować zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej, na zasadach opisanych w powyższych ustępach.
10. W przypadku, o którym mowa powyżej, stosuje się odpowiednio postanowienia §4 ust. 4, 5 oraz 6 OWU Podstawowego ubezpieczenia.

11. W przypadku wypowiedzenia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczający traci prawo do ponownego zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z Podstawowego ubezpieczenia.
12. Odstąpienie od Podstawowego ubezpieczenia, zgodnie z §10 OWU Podstawowego ubezpieczenia, skutkuje odstąpieniem od Dodatkowego ubezpieczenia.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela

§5

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia rozpoczyna się na zasadach określonych w OWU Podstawowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia wygasa:
 - 1) w najbliższą Rocznicę ochrony następującą po dniu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) z datą zakończenia ochrony ubezpieczeniowej określonej w Polisie;
 - 4) w Rocznicę ochrony następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70. roku życia.

Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§6

Ubezpieczyciel odmówi spełnienia świadczenia z tytułu śmierci spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, gdy Nieszczęśliwy wypadek lub zgon Ubezpieczonego powstał wskutek:

- 1) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony znajdował się na pokładzie statku powietrznego i nie był pasażerem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
- 2) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, zamieszek, aktów terroryzmu;
- 3) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażycia środka odurzającego, pobudzającego, halucynogennego, narkotyków, innego środka o podobnym działaniu, jeżeli nie został zalecony przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia;
- 4) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu bez stosownych uprawnień lub gdy środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych;
- 5) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
- 6) choroby psychicznej Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych i ich skutków;
- 7) czynnego, dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub rozruchach;
- 8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- 9) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- 10) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych, gdy zdarzenie spowodowane było upadkiem z wysokości lub wynikało bezpośrednio z udziału w następujących zajęciach: speleologii, nurkowania, podróży łodzią podwodną, żeglugi, wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, wszelkiego rodzaju walc, wyścigów (z wyłączeniem biegów lekkoatletycznych i pływania), uprawiania sportu i zajęć rekreacyjnych, do wykonywania których wymagane są odpowiednie licencje, zezwolenia, patenty lub inne uprawnienia, a Ubezpieczony uprawnien tych nie posiadał lub przekroczył ich zakres.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§7

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 90 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej dodatkowe Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w Polisie.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem osobą uprawnioną do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego jest Uposażony lub inne osoby, o których mowa w §18 ust. 5 OWU Podstawowego ubezpieczenia.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem osoba uprawniona do Świadczenia ubezpieczeniowego jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Ubezpieczyciela;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości poświadczoną notarialnie lub przez Agenta, lub przez Ubezpieczyciela;
 - 3) podpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego (oryginał lub kopia poświadczona notarialnie);
 - 4) uwierzytelnioną przez organ sporządzający (lekarza, szpital) lub urząd stanu cywilnego kopię zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu (karta zgonu) Ubezpieczonego lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu;
 - 5) dokument wystawiony przez uprawniony podmiot, stwierdzający okoliczności zdarzenia;
 - 6) Ubezpieczyciel w uzasadnionych przypadkach może zwrócić się o dostarczenie innych dokumentów, niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.

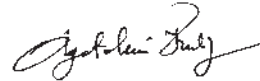
4. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty wyszczególnione w ust. 3 pkt 3)-5) powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt osoby uprawnionej do świadczenia.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku jest indeksowana, jeżeli indeksowane jest Podstawowe ubezpieczenie.

Indeksacja powyższej Sumy ubezpieczenia jest realizowana poprzez podwyższenie Składki za niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie. Zasady indeksacji określone są w Podstawowym ubezpieczeniu.

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Ubezpieczyciela



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Ubezpieczyciela

Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci

Postanowienia ogólne §1

1. Niniejsze ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie do Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci i stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”.
2. Warunki określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie” stosuje się także do niniejszych ogólnych warunków Dodatkowego ubezpieczenia, jeśli te nie stanowią inaczej.
3. Terminy określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie” stosuje się także w przypadku niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia, jeśli te nie stanowią inaczej.

Definicje §2

W ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

1. **Dodatkowe ubezpieczenie** – Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci;
2. **OWU** – Ogólne warunki ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”;
3. **Podstawowe ubezpieczenie** – oznacza indywidualną Umowę ubezpieczenia na życie i dożycie zawartą pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”;
4. **Suma ubezpieczenia/Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela osobie uprawnionej, w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, określona w Polisie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia §3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w trakcie trwania niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia.

Zawarcie i wypowiedzenie Dodatkowego ubezpieczenia §4

1. Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Dodatkowego ubezpieczenia ukończył 18 lat i nie ukończył 61. roku życia.
2. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte przy zawieraniu Podstawowego ubezpieczenia lub w każdą Rocznicę ochrony.
3. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może zostać wypowiedziane w każdej chwili ze skutkiem na najbliższą Rocznicę ochrony przypadającą bezpośrednio po dniu złożenia pisemnego wypowiedzenia Ubezpieczycielowi, jednak nie zwalnia to Ubezpieczającego z opłacania Składki za Dodatkowe ubezpieczenie do dnia wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. W przypadku zawierania Dodatkowego ubezpieczenia w którąkolwiek Rocznicę ochrony lub podwyższenia Sumy ubezpieczenia, lub jeżeli miało miejsce wznowienie ochrony ubezpieczeniowej na podstawie §13 OWU Podstawowego ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może zaproponować zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku, o którym mowa powyżej, stosuje się odpowiednio postanowienia §4 ust. 4, 5 oraz 6 OWU Podstawowego ubezpieczenia.
6. W przypadku wypowiedzenia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczający traci prawo do ponownego zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z Podstawowego ubezpieczenia.

7. Odstąpienie od Podstawowego ubezpieczenia, zgodnie z §10 OWU Podstawowego ubezpieczenia, skutkuje odstąpieniem od Dodatkowego ubezpieczenia.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela §5

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia rozpoczyna się na zasadach określonych w OWU Podstawowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia wygasa:
 - 1) z najbliższą Rocznicę ochrony następującą po dniu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) z datą zakończenia ochrony ubezpieczeniowej określonej w Polisie;
 - 4) w Rocznicę ochrony następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75. roku życia.
3. W przypadku zakończenia okresu zawieszenia opłacania Składek, o którym mowa w §12 OWU Podstawowego ubezpieczenia, wznowienia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie §13 OWU Podstawowego ubezpieczenia lub zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia w którąkolwiek Rocznicę ochrony odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty ponownego objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia obejmująca podwyższoną Sumę ubezpieczenia rozpoczyna się w terminie określonym w ust. 3.

Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela §6

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego zaszła w następstwie samobójstwa popełnionego w ciągu 2 lat od daty zawarcia niniejszej umowy Dodatkowego ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel odmówi spełnienia świadczenia, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, zamieszek, aktów terroryzmu;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 3) czynnego, dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub rozruchach;
 - 4) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - 5) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego.

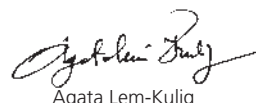
Świadczenie ubezpieczeniowe §7

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego osobą uprawnioną do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego jest Uposażony lub inne osoby, o których mowa w §18 ust. 5 OWU Podstawowego ubezpieczenia.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego osoba uprawniona do Świadczenia ubezpieczeniowego jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty, o których mowa w §16 ust. 1 i 2 OWU Podstawowego ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest indeksowana, jeżeli indeksowane jest Podstawowe ubezpieczenie. Indeksacja powyższej Sumy ubezpieczenia jest realizowana poprzez podwyższenie Składki za niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie. Zasady indeksacji określone są w Podstawowym ubezpieczeniu.

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Ubezpieczyciela



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Ubezpieczyciela

Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia przejścia obowiązku opłacania Składek w przypadku Niezdolności do pracy

Postanowienia ogólne

§1

1. Niniejsze ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie do Dodatkowego ubezpieczenia przejścia obowiązku opłacania Składek w przypadku Niezdolności do pracy i stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”.
2. Warunki określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie” stosuje się także do niniejszych ogólnych warunków Dodatkowego ubezpieczenia, jeśli te nie stanowią inaczej.
3. Terminy określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie” stosuje się także w niniejszych ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia, jeśli te nie stanowią inaczej.

Definicje

§2

W ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia przejścia obowiązku opłacania Składek w przypadku Niezdolności do pracy wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

1. **Dodatkowe ubezpieczenie** – Dodatkowe ubezpieczenie przejścia obowiązku opłacania Składek w przypadku Niezdolności do pracy;
2. **Niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 180 dni;
3. **OWU** – Ogólne warunki ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”;
4. **Podstawowe ubezpieczenie** – oznacza indywidualną Umowę ubezpieczenia na życie i dożycie zawartą pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Polisa na Dobre Życie”;
5. **Suma ubezpieczenia/Świadczenie ubezpieczeniowe** – przejście przez Ubezpieczyciela obowiązku Ubezpieczającego opłacania Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia i Dodatkowych ubezpieczeń, o ile zostały zawarte, od najbliższej daty wymagalności Składki przypadającej po dniu zaistnienia Niezdolności do pracy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

Zawarcie i wypowiedzenie Dodatkowego ubezpieczenia

§4

1. Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Dodatkowego ubezpieczenia ukończył 18 lat i nie ukończył 61. roku życia i wykonuje jakąkolwiek pracę zarobkową.
2. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte przy zawieraniu Podstawowego ubezpieczenia lub w każdej Rocznicę ochrony poprzez złożenie pisemnego wniosku do Agenta lub Ubezpieczyciela na 60 dni przed najbliższą Rocznicą ochrony. Dodatkowe ubezpieczenie zostaje potwierdzone przez Ubezpieczyciela w Polisie.
3. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie zawierane jest na okres pięciu lat i zostaje automatycznie przedłużone na kolejnych 5 lat, z uwzględnieniem postanowień ust. 4-6 poniżej.
4. Ubezpieczyciel może przedstawić ofertę przedłużenia Dodatkowego ubezpieczenia na zmienionych warunkach na kolejny okres pięcioletni w wybranym przez Ubezpieczającego wariantcie ubezpieczenia.
W przypadku zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie może być kontynuowane, Ubezpieczyciel powiadomi o tym Ubezpieczającego nie później niż 45 dni przed Rocznicą ochrony.
5. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Dodatkowe ubezpieczenie, w wysokości zaoferowanej przez Ubezpieczyciela, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie jest przedłużone.
6. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków Dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczenie to nie będzie przedłużone.
7. Podwyższenie Składki oraz świadczeń z tytułu Indeksacji nie stanowi zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie jest przedłużone.
8. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może zostać wypowiedziane w każdej chwili ze skutkiem na najbliższą Rocznicę ochrony przypadającą bezpośrednio po dniu złożenia pisemnego wypowiedzenia Ubezpieczycielowi, jednak nie zwalnia to Ubezpieczającego z opłacania Składki za Dodatkowe ubezpieczenie do dnia wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
9. W przypadku zawierania Dodatkowego ubezpieczenia w którąkolwiek Rocznicę ochrony lub podwyższenia Sumy ubezpieczenia, lub jeżeli miało miejsce wznowienie ochrony ubezpieczeniowej na podstawie §13 OWU Podstawowego ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może zaproponować zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej, na zasadach opisanych w powyższych ustępach.

10. W przypadku, o którym mowa powyżej, stosuje się odpowiednio postanowienia §4 ust. 4, 5 oraz 6 OWU Podstawowego ubezpieczenia.
11. W przypadku wypowiedzenia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczający traci prawo do ponownego zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z Podstawowego ubezpieczenia.
12. Odstąpienie od Podstawowego ubezpieczenia, zgodnie z §10 OWU Podstawowego ubezpieczenia, skutkuje odstąpieniem od Dodatkowego ubezpieczenia.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela

§5

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia rozpoczyna się na zasadach określonych w OWU Podstawowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia wygasa:
 - 1) w najbliższą Rocznicę ochrony następującą po dniu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) z datą zakończenia ochrony ubezpieczeniowej określonej w Polisie;
 - 4) w Rocznicę ochrony następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§6

Ubezpieczyciel odmówi spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego, gdy Niezdolność do pracy powstała wskutek:

- 1) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony znajdował się na pokładzie statku powietrznego i nie był pasażerem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
- 2) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, zamieszek, aktów terroryzmu;
- 3) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażywania środka odurzającego, pobudzającego, halucynogennego, narkotyków, innego środka o podobnym działaniu, jeżeli nie został zalecony przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia;
- 4) wirusa HIV;
- 5) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
- 6) próby popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego;
- 7) choroby psychicznej Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych i ich skutków, w razie utraty przytomności, ataku epilepsji lub konwulsji;
- 8) czynnego, dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub rozruchach;
- 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- 10) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- 11) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych, gdy zdarzenie spowodowane było upadkiem z wysokości lub wynikało bezpośrednio z udziału w następujących zajęciach: speleologii, nurkowania, podróży łodzią podwodną, żeglugi, wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, wszelkiego rodzaju walk, wyścigów (z wyłączeniem biegów lekkoatletycznych i pływania), uprawiania sportu i zajęć rekreacyjnych, do wykonywania których wymagane są odpowiednie licencje, zezwolenia, patenty lub inne uprawnienia, a Ubezpieczony uprawnien tych nie posiadał lub przekroczył ich zakres;
- 12) jakiegokolwiek choroby, która została rozpoznana bądź była leczona przed objęciem ochroną ubezpieczeniową lub w ciągu pierwszych 90 dni od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową lub od jej wznowienia bądź ustania zawieszenia opłacania Składek, z wyłączeniem tych chorób, o których Ubezpieczyciel został poinformowany na piśmie przez Ubezpieczającego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§7

1. Świadczenie ubezpieczeniowe polega na przejściu przez Ubezpieczyciela obowiązku opłacania Składki z tytułu Podstawowego ubezpieczenia i Dodatkowych ubezpieczeń wskazanych w Polisie w przypadku powstania Niezdolności do pracy.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku wystąpienia Niezdolności do pracy, pod warunkiem, że:
 - 1) przyczyna powstania Niezdolności do pracy powstała po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Niezdolność do pracy trwa nieprzerwanie co najmniej 180 dni;
 - 3) Niezdolność do pracy powstała przed Rocznicą ochrony następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia, o ile Składka została opłacona.
3. Przejście opłacania Składek, o którym mowa w ust. 1, następuje od najbliższej daty wymagalności Składki przypadającej po dacie zaistnienia Niezdolności do pracy. Przejście obowiązku opłacania Składek trwa do najbliższej daty wymagalności Składki przypadającej po dacie odzyskania zdolności Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej, nie dłużej jednak niż do Rocznicę ochrony następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

4. W trakcie trwania okresu, w którym Ubezpieczyciel przejął opłacanie Składek z tytułu Niezdolności do pracy, Ubezpieczony ma obowiązek na wezwanie Ubezpieczyciela przedstawić dowody potwierdzające trwającą Niezdolność do pracy.
5. W okresie, o którym mowa powyżej, Ubezpieczony jest obowiązany poddać się badaniom lekarskim zleconym przez Ubezpieczyciela i przeprowadzonym na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanej placówce medycznej w celu samodzielnego ustalenia przez Ubezpieczyciela zasadności roszczenia lub dalszego uznawania Świadczenia ubezpieczeniowego.
6. Niepoddanie się przez Ubezpieczonego wymaganym przez Ubezpieczyciela badaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i odmową przejścia obowiązku opłacania Składek.
7. W trakcie trwania okresu, w którym Ubezpieczyciel przejął opłacanie Składek z tytułu Niezdolności do pracy, nie jest możliwa zmiana warunków ochrony ubezpieczeniowej wynikających z Umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem zmian wskazania Uposażonych.
- 5) uwierzytelnione przez organ sporządzający kopie dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia chorób będących przyczyną Niezdolności do pracy – o ile jest w posiadaniu osoby zgłaszającej roszczenie;
- 6) uwierzytelnione przez organ sporządzający lub notariusza kopie orzeczeń lekarskich potwierdzających Niezdolność do pracy lub orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej;
- 7) dokument stwierdzający zajście wypadku powodującego Niezdolność do pracy, wystawiony przez uprawniony podmiot;
- 8) inne wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty niezbędne do potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

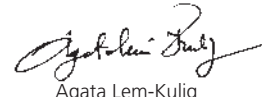
Wyplata Świadczenia ubezpieczeniowego §8

1. W przypadku wystąpienia Niezdolności do pracy osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązana jest złożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Ubezpieczyciela;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) uwierzytelnione przez organ sporządzający lub notariusza kopie zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy za nieprzerwany okres co najmniej 180 dni;
 - 4) uwierzytelnioną przez organ sporządzający lub notariusza kopię zaświadczenia lekarskiego wydanego do celów rentowych lub pozarentowych;
2. Jeżeli wypadek powodujący Niezdolność do pracy nastąpił poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty wyszczególnione w ust. 1 pkt 3)-7) powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt osoby uprawnionej do świadczenia.
3. Zgłoszenie roszczenia i złożenie dokumentów, o których mowa w ust. 1, powinno nastąpić w okresie trwania Niezdolności do pracy.
4. Ubezpieczony ma obowiązek zawiadomić Ubezpieczyciela o:
 - 1) wygaśnięciu uprawnień wynikających z ubezpieczenia społecznego na wypadek Niezdolności do pracy;
 - 2) odzyskaniu zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej.
5. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia lub dalszego spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego, gdy Ubezpieczony nie dopełnił obowiązku poddania się badaniom medycznym, których przeprowadzenia zażądał Ubezpieczyciel, oraz dostarczenia dokumentacji medycznej, zaświadczeń, informacji dotyczących stanu zdrowia oraz zarobkowania.

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Ubezpieczyciela



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Ubezpieczyciela

NOTATKI:

NOTATKI:

NOTATKI:

Chętnie odpowiemy na wszystkie Państwa pytania,
jesteśmy do dyspozycji pod numerem telefonu:

+48 22 523 50 70

lub za pośrednictwem poczty elektronicznej:

lifeinfo@metlife.pl

Po zawarciu Umowy zapraszamy również do korzystania
z portalu internetowego e-klient pod adresem:

www.eklientmetlife.pl

ZAPRASZAMY DO KONTAKTU Z PRZEDSTAWIELEM 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.

Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 50 70
© MetLife TUnŻiR S.A., 2016 PEANUTS © 2016 Peanuts Worldwide

MetLife®

MetLife TUnŻiR S.A.
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa
e-mail: lifeinfo@metlife.pl
www.metlife.pl