

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie rentowe z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Ubezpieczenie rentowe z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4; art. 6
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2; art. 4; art. 7

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej *OWU*) stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i są dokumentem wiążącym strony. Znajdujące się w ramach w treści *OWU* komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści *OWU*. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione kursywą zostały zdefiniowane na początku dokumentu lub w *OWU umowy podstawowej*.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kluczowe kwestie dotyczące umowy dodatkowej.



WYJAŚNIENIA

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



PRZYKŁADY

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

Rozdział I. Postanowienia ogólne

Artykuł 1. Wstęp

1. Niniejsze *OWU* mają zastosowanie do *umowy dodatkowej* Ubezpieczenie rentowe na wypadek niezdolności do samodzielnej egzystencji zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *umowy dodatkowej*.
2. *Umowa dodatkowa* jest częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). *Umowa dodatkowa* jest zawierana na wniosek *Ubezpieczającego* i obejmuje ochroną *Ubezpieczonego* wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, który w *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* ukończył 55. rok życia, a nie ukończył 76. roku życia. Składka należna z tytułu *umowy dodatkowej* jest podana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.

Artykuł 2. Definicje

Definicje określeń użytych w niniejszych *OWU*:

1. **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
2. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,



WAŻNE: Prosimy o zwrócenie uwagi, iż zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są traktowane jako nieszczęśliwy wypadek.

3. **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan potwierdzony przez lekarza, trwający nieprzerwanie przez co najmniej 180 dni, polegający na niezdolności do samodzielnego (bez pomocy drugiej osoby) wykonywania co najmniej czterech z poniższych czynności życia codziennego:
 - a) korzystanie z toalety,
 - b) mycie się, czyli wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej (rozumiane jako kąpiel w wannie lub pod prysznicem),
 - c) spożywanie przygotowanych posiłków,
 - d) przechodzenie z łóżka na wózek lub krzesło i z powrotem,
 - e) przemieszczanie się, czyli umiejętność samodzielnego poruszania się na jednym poziomie po powierzchni płaskiej, także przy wykorzystaniu laski, chodzika,
 - f) ubieranie i rozbieranie się,
4. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
5. **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach albo zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym,
6. **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada.

Rozdział II. Ochrona ubezpieczeniowa i jej zakres

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia *Ubezpieczonego*.



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

Artykuł 4. Zakres ubezpieczenia

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w niniejszej *umowie dodatkowej* jest *niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego* wskutek *NW* lub *choroby*.
2. **Miesięczne świadczenie na wypadek niezdolności do samodzielnej egzystencji**
 - a) W przypadku *niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego* Towarzystwo będzie wypłacać *Ubezpieczonemu* miesięczne świadczenie pod warunkiem, że *niezdolność do samodzielnej egzystencji* powstała:
 - na skutek *NW*, który miał miejsce po *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* lub
 - po upływie 180 dni od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* na skutek *choroby*.
 - b) Miesięczne świadczenie przysługuje pod warunkiem, że *niezdolność do samodzielnej egzystencji* powstała w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej* i trwała nieprzerwanie przez co najmniej 180 dni od daty jej powstania.
 - c) Świadczenie należne jest począwszy od miesiąca kalendarzowego następującego po rozpoczęciu się *niezdolności do samodzielnej egzystencji*.
 - d) Świadczenie będzie wypłacane tak długo, jak *Ubezpieczony* będzie *niezdolny do samodzielnej egzystencji*, ale nie dłużej niż 10 lat, licząc od daty rozpoczęcia *niezdolności do samodzielnej egzystencji*.
 - e) Wysokość miesięcznego świadczenia jest określona w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* jako suma ubezpieczenia z tytułu tej *umowy dodatkowej*.
3. **Dodatkowe świadczenie jednorazowe na wypadek niezdolności do samodzielnej egzystencji**

Jeżeli *Ubezpieczony* otrzymywał miesięczne świadczenie na wypadek *niezdolności do samodzielnej egzystencji* nieprzerwanie przez 10 lat od daty powstania *niezdolności do samodzielnej egzystencji*, wówczas *Ubezpieczony* otrzyma dodatkowe świadczenie jednorazowe w wysokości sześciokrotności sumy ubezpieczenia z tytułu tej *umowy dodatkowej*, wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.

4. W przypadku, gdy *niezdolność do samodzielnej egzystencji* z powodu *choroby* powstała w okresie pierwszych 180 dni od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej*, wówczas wypłacane jest świadczenie w wysokości 110% składek wpłaconych z tytułu *umowy dodatkowej*.
5. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo* w celu potwierdzenia *niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego*. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Towarzystwa* poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią *umowy dodatkowej*. Jeżeli *Ubezpieczony* odmówi poddania się tym badaniom, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej*. Świadczenie z tytułu *niezdolności do samodzielnej egzystencji* zostanie przyznane na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.



WYJAŚNIENIE: *Towarzystwo* kieruje *Ubezpieczonego* na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności świadczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z *Towarzystwem* placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*.

6. Niezależnie od uznania przez *Towarzystwo* dowodów potwierdzających powstanie *niezdolności do samodzielnej egzystencji* i rozpoczęcia wypłaty miesięcznego świadczenia z tego tytułu, *Ubezpieczony* ma obowiązek na żądanie *Towarzystwa* dostarczyć w wyznaczonym terminie (pod rygorem utraty prawa do miesięcznego świadczenia z tytułu *niezdolności do samodzielnej egzystencji*) wymagane zaświadczenia o ciągłości *niezdolności do samodzielnej egzystencji*.
7. Po upływie dwóch pełnych lat trwania *niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego* *Towarzystwo* nie ma prawa żądać takiego zaświadczenia częściej niż raz w roku.
8. Jeżeli *niezdolność do samodzielnej egzystencji* ustanie lub *Ubezpieczony* nie dostarczy wymaganego zaświadczenia, wówczas ustaje obowiązek wypłaty przez *Towarzystwo* świadczenia z tytułu *niezdolności do samodzielnej egzystencji*.
9. Wypłata świadczeń nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia odpowiedzialności *Towarzystwa*.

Rozdział III. Początek odpowiedzialności Towarzystwa

Artykuł 5. Początek odpowiedzialności Towarzystwa

Odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się w *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, pod warunkiem zawarcia *umowy dodatkowej* oraz opłacenia składki.

Rozdział IV. Wypłata świadczenia

Artykuł 6. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przedłożenie *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej:
 - wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentacji medycznej opisującej doznane fizyczne obrażenia ciała lub *chorobę* oraz zastosowane w ich przypadku leczenie,
 - kopii zaświadczeń lekarskich o okresie i zakresie *niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji*, w tym orzeczenia organów rentowych, a także orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.



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

- **on-line** – przez portal e-rozszczenie (zgodnie z informacjami zawartymi na stronie internetowej *Towarzystwa*)
- **pocztą elektroniczną** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Departament Roszczeń i Administracji Credit Life, MetLife TUnŻIR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej *Towarzystwa*)
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnŻIR S.A. przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie *Towarzystwa* na terenie całego kraju.

2. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Polski, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.



WAŻNE: W celu rozpatrzenia roszczenia wymagane jest doręczenie *Towarzystwu* dokumentacji roszczeniowej przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.

3. *Towarzystwo* – po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia prześle osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie, wyżej wymienione formularze, o ile są wymagane. Przesłanie do *Towarzystwa* wypełnionych formularzy i dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* oraz odpowiedzialności *Towarzystwa*.



WAŻNE: Prosimy o możliwie szybkie powiadomienie *Towarzystwa* o zaistniałym wypadku.

4. W przypadkach uzasadnionych *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów w celu ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa*.



WYJAŚNIENIE: *Towarzystwo* może zwrócić się z prośbą do placówek medycznych i organów administracji publicznej o dodatkowe informacje, o czym każdorazowo poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.

5. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.
6. *Towarzystwo* zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia *Towarzystwo* powinno spełnić w terminie wskazanym w punkcie 6 niniejszego artykułu.

Rozdział V. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa



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

Artykuł 7. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Wypłata świadczeń nie zostanie dokonana, jeżeli *niezdolność do samodzielnej egzystencji* powstała w wyniku:

- a) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F10-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
- b) alkoholizmu lub zespołu zależności alkoholowej (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, substancji toksycznych, a także *niez szczęśliwego wypadku* wynikłego z faktu pozostawania przez *Ubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,

- c) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności, albo *choroby* lub jej zaostrzenia na skutek umyślnego zaniedbania *Ubezpieczonego*,
- d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- e) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- f) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
- g) pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
- h) *wyczynowego uprawiania sportu*,
- i) wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, speleologia, sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
- j) uczestnictwa w *zawodach z użyciem pojazdów kołowych*, zawodach z użyciem łyżi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- k) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*,
- l) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorób współistniejących z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania).

Rozdział VI. Kontynuacja i wygaśnięcie umowy dodatkowej

Artykuł 8. Kontynuacja umowy dodatkowej

1. *Umowa dodatkowa* jest zawarta na okres, za który *Ubezpieczający* opłacił składkę oraz następujący po nim okres prolongaty określony w *umowie podstawowej*.
2. *Umowa dodatkowa* może być kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za tę *umowę dodatkową* i inne warunki tej *umowy dodatkowej* mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
3. W przypadku zmiany warunków, na jakich *umowa dodatkowa* może być kontynuowana, *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczającego* nie później niż 45 dni przed datą, do której *Ubezpieczający* jest zobowiązany opłacić kolejną składkę za *umowę podstawową*.
4. Opłacenie przez *Ubezpieczającego* składki za *umowę dodatkową* do końca okresu prolongaty określonego w warunkach *umowy podstawowej*, w wysokości zaoferowanej przez *Towarzystwo*, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *umowa dodatkowa* jest kontynuowana.
5. W przypadku niezaakceptowania przez *Ubezpieczającego* zmienionych warunków *umowy dodatkowej* *umowa* ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem okresu prolongaty określonego w *umowie podstawowej*.

Artykuł 9. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

1. *Ubezpieczający* może odstąpić od *umowy dodatkowej* w terminie 30 dni od daty jej zawarcia na zasadach określonych w *umowie podstawowej*.
2. *Umowa dodatkowa* może być rozwiązana przez *Ubezpieczającego* w dowolnym momencie jej obowiązywania. Rozwiązanie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym Ubezpieczającego*. Rozwiązanie *umowy dodatkowej* jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.



WAŻNE: W celu rezygnacji z umowy dodatkowej prosimy o pisemne powiadomienie o tym fakcie *Towarzystwo* i opłacenie składki za *Umowę pomniejszonej* o składkę za tę *umowę dodatkową*.

3. *Umowa dodatkowa* wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z poniższych przypadków:
 - a) którakolwiek *składka* z tytułu *Umowy* nie została opłacona do końca okresu prolongaty przewidzianego w *Umowie*, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia *składki* lub
 - b) *umowa podstawowa* wygasa lub została rozwiązana, lub
 - c) powstał obowiązek wypłaty przez *Towarzystwo* świadczenia z tytułu *niezdolności do samodzielnej egzystencji*, lub
 - d) *Ubezpieczony* wstąpił lub został powołany do lądowych, powietrznych lub morskich sił zbrojnych albo do oddziałów pomocniczych lub cywilnych działających w strukturach armii jakiegokolwiek kraju będącego w stanie wojny – z dniem wybuchu lub ogłoszenia stanu wojny, lub
 - e) w rocznicę *Umowy* następującą bezpośrednio po 85. urodzinach *Ubezpieczonego*, niezależnie od tego, czy *umowa podstawowa* pozostaje w mocy po tym terminie. W przypadku określonym w punkcie d) powyżej *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* część *składki* za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział VII. Postanowienia końcowe

Artykuł 10. Umowa dodatkowa jako część Umowy

Warunki *umowy podstawowej* odnoszą się również do *umowy dodatkowej*, o ile w niniejszych *OWU* nie ustalono inaczej.

Warszawa, 27 marca 2017 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa