

Skuteczne Wsparcie

Ubezpieczenie na wypadek złamania i oparzenia
lub hospitalizacji wskutek NW

MetLife®

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Skuteczne Wsparcie

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 – str. 3 art. 6 – str. 4 Tabela złamań i oparzeń wskutek NW – str. 9
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 – str. 2 art. 4 – str. 3 art. 8 – str. 6 Tabela złamań i oparzeń wskutek NW – str. 9

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 wygodę 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 na wypadek złamania i oparzenia lub hospitalizacji wskutek NW 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 zawarcia umowy dodatkowej* ukończył 18. rok życia, a nie ukończył 71. roku życia. Składka należna z tytułu *umowy dodatkowej* jest podana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Definicje określeń użytych w niniejszych *OWU*:

1. **dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji*,

WYJAŚNIENIE: Pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień rejestracji w szpitalu, niezależnie od tego, o której godzinie rejestracja nastąpiła, a ostatnim dniem hospitalizacji – dzień wypisu ze szpitala. Jeżeli *Ubezpieczony* został przyjęty do szpitala w poniedziałek o godzinie 17, a wyszedł z niego w czwartek o 10 w tym samym tygodniu, to jego hospitalizacja trwała 4 dni.

2. **hospitalizacja** – pobyt w *szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych *OWU* pobyt w *szpitalu* w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego,
3. **niepoczytalność** – utrata przez *Ubezpieczonego* możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu o całkowitym lub częściowym ubezwłasnowolnieniu *Ubezpieczonego*,
4. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,

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

5. **oparzenie** – termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie skóry co najmniej drugiego stopnia (IIb) wskutek *nieszczęśliwego wypadku*, określone w Tabeli Złamań i Oparzeń wskutek NW. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte oparzenia wywołane ekspozycją na promienie słoneczne, promieniowanie RTG, promieniowanie UV, promieniowanie

radioaktywne. Rozległość oparzenia ustalana jest przez lekarza konsultanta powołanego przez *Towarzystwo* według Reguły dziewiątek – Wallace’a lub tabeli Lunda lub Browdera,

6. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
7. **rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych urazach lub chorobach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
8. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalność,
9. **rocznica umowy dodatkowej** – dzień każdego kolejnego roku obowiązywania *umowy dodatkowej*, który odpowiada *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej*,
10. **rok obowiązywania umowy dodatkowej** – okres pomiędzy kolejnymi *rocznicami umowy dodatkowej*, wliczając rocznicę rozpoczynającą dany okres. Pierwszy *rok obowiązywania umowy dodatkowej* rozpoczyna się od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*,
11. **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, działające na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria,

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

12. **zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach i zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym lub uprawianiu dyscypliny sportowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem, w tym stypendium,
13. **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,
14. **złamanie** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej wskutek *nieszczęśliwego wypadku*, określone w Tabeli Złamań i Oparzeń wskutek NW, potwierdzone przez lekarza. Na potrzeby niniejszych *OWU* wyróżnia się następujące rodzaje złamań:
 - a) **złamanie otwarte** – złamanie z przerwaniem ciągłości skóry (rana w miejscu złamania),
 - b) **złamanie z przemieszczeniem** – złamanie, w którym odłamy kostne są przemieszczone względem siebie,
 - c) **złamania wielomiejscowe, wielopoziomowe** – złamania jednej kości na kilku poziomach, ale nie są to złamania wieloodłamowe,
 - d) **złamania wieloodłamowe** – złamania, w których występuje wiele odłamów kostnych w miejscu złamania. Złamania wieloodłamowe tej samej kości traktowane są jako jedno złamanie,
 - e) **złamanie kompresyjne** – złamanie, które prowadzi do zapadnięcia i zmniejszenia wysokości kości gąbczastych.

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. Zakres ochrony *umowy dodatkowej* obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - *złamania i oparzenia Ubezpieczonego* wskutek NW oraz
 - *hospitalizację Ubezpieczonego* wskutek NW.
2. **Świadczenie na wypadek złamania i oparzenia Ubezpieczonego wskutek NW**
 - a) Jeżeli w wyniku *nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego* dozna *złamania* lub *oparzenia*, *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie określone w Tabeli Złamań i Oparzeń wskutek NW, która stanowi

- załącznik do *umowy dodatkowej*, jako procentowa wartość *sumy ubezpieczenia* z tytułu *złamania i oparzenia* wskutek *NW*.
- b) W żadnym przypadku łączna suma wypłaconych świadczeń z tytułu *złamania i oparzenia* wskutek *NW* dla każdego roku obowiązywania *umowy dodatkowej* nie może przekroczyć 100% *sumy ubezpieczenia* z tego tytułu, włączając świadczenia już wypłacone.
3. **Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW**
- a) Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW*, jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* powstałego w trakcie trwania ochrony przewidzianej *umową dodatkową*, *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji* nieprzerwanie przez przynajmniej 3 kolejne *dni hospitalizacji*.
- b) Dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW* jest płatne za każdy *dzień hospitalizacji Ubezpieczonego*, od dnia przyjęcia do *szpitala*, pod warunkiem, że *hospitalizacja* trwała nieprzerwanie co najmniej 3 kolejne *dni hospitalizacji*.
- c) Ochrona z tytułu *hospitalizacji* wskutek *NW* rozpoczyna się od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej.
- d) Wysokość dziennego świadczenia na wypadek *hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *NW* jest wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* jako *suma ubezpieczenia* z tytułu tego zdarzenia.
- e) Okres *hospitalizacji*, za który naliczane jest dzienne świadczenie na wypadek *hospitalizacji* wskutek *NW*, nie może przekroczyć 180 dni dla każdego roku obowiązywania *umowy dodatkowej*.

WAŻNE: Prosimy zwrócić uwagę, że w każdym roku obowiązywania umowy dodatkowej dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji wypłacane jest za maksymalnie 180 dni pobytu w szpitalu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku. Jeżeli pobyt w szpitalu trwał krócej niż 3 kolejne dni, świadczenie szpitalne nie jest należne.

4. Wypłata świadczeń z tytułu *NW* zostanie dokonana *Ubezpieczonemu* pod warunkiem, że:
- *nieszczęśliwy wypadek* nastąpił w czasie obowiązywania *Umowy* oraz
 - *nieszczęśliwy wypadek* nastąpił przed *rocznicą Umowy* następującą bezpośrednio po 75. urodzinach *Ubezpieczonego*, oraz
 - wszystkie *składki* należne z tytułu *Umowy* zostały w całości opłacone, zgodnie z niniejszymi *OWU*, z zastrzeżeniem artykułu 9 punkt 8 a).
5. Wysokość świadczenia z tytułu *NW* jest obliczana w oparciu o *sumę ubezpieczenia* obowiązującą w dniu *nieszczęśliwego wypadku*.
6. Wysokości *sum ubezpieczenia* są wskazane w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
7. Wysokości *sum ubezpieczenia* będące podstawą do wyliczenia świadczeń z tytułu *złamania i oparzenia Ubezpieczonego* wskutek *NW* oraz *hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *NW* są podwajane, jeżeli do *nieszczęśliwego wypadku* doszło w okresie pomiędzy 1 lipca a 31 sierpnia.
8. Wypłata świadczenia z tytułu powyższych zdarzeń ubezpieczeniowych nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wylączenia 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:
- wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia indywidualnego – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisów i wyników badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - kopii karty informacyjnej pobytu w *szpitalu* zawierającej niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia wraz z wynikami badań – w przypadku *hospitalizacji* wskutek *NW*,

- kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopię wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
- kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
- kopii innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku,
- kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.

WYJAŚNIENIE: Więcej informacji o wymaganych dokumentach, formach poświadczania oraz obsłudze roszczeń znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa. W sprawie wypłaty świadczenia można się zwrócić bezpośrednio do Towarzystwa w jeden z poniższych sposobów:

- **on-line przez portal e-rozszczenie:** dostępny na stronie www.eroszczeniemetlife.pl
- **elektronicznie na adres e-mail:** roszczenia@metlife.pl
- **telefonicznie pod numerem:** +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- **pisemnie na adres siedziby Towarzystwa:** MetLife TUNŻIR S.A., Dział Roszczeń, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa
- **osobiście:** w siedzibie Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie.

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. Formularze te są dostępne także na stronie internetowej *Towarzystwa*. 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 niekompletności lub wątpliwości co do poprawności informacji zawartych w dokumentacji *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz zasięgania dodatkowych opinii specjalistów, w tym także do weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych.

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. Jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Towarzystwo* poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
6. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów.
7. Uprawnienia do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają notariusz, osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub organ wydający dokument.
8. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.
9. *Towarzystwo* zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
10. 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 9 niniejszego artykułu.

ARTYKUŁ 7. BADANIE LEKARSKIE

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo* w celu ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, odpowiadającego warunkom *umowy dodatkowej*. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Towarzystwa* poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią *umowy dodatkowej*. Wszelkie świadczenia należne z tytułu *umowy dodatkowej* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

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

ROZDZIAŁ V. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

ARTYKUŁ 8. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Wypłata świadczeń z tytułu *złamania* i *oparzenia* wskutek *NW* oraz *hospitalizacji* wskutek *NW* nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne *Ubezpieczonego* powstały w wyniku:
 - a) choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, w tym nerwice (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyku, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skażenia lub zranienia),
 - b) wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez *Ubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
 - c) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 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, albo w wyniku obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
 - f) 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,
 - g) *zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu*,
 - h) 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,
 - i) uczestnictwa w *zawodach z użyciem pojazdów kołowych*, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
 - j) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.
2. Ponadto *umowa dodatkowa* nie obejmuje ochroną przypadków *hospitalizacji* wskutek *NW* powstałych w wyniku:
 - a) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - b) wszelkich fizycznych obrażeń ciała powstałych przed *datą wejścia w życie umowy dodatkowej* lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych *umową dodatkową*,
 - d) *rehabilitacji*, jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia lub w ośrodku rehabilitacji,
 - e) wykonania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
 - f) kuracji wycieczkowych lub leczenia skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 - g) jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie *hospitalizacji*.

ROZDZIAŁ VI. WYGAŚNIENIE UMOWY DODATKOWEJ

ARTYKUŁ 9. WYGAŚNIENIE UMOWY DODATKOWEJ

1. *Umowa dodatkowa* jest zawarta na okres, za który *Ubezpieczający* opłacił składkę oraz następujący po nim okres karencji 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. Opłacenie przez *Ubezpieczającego* składki za *umowę dodatkową* do końca okresu karencji określonego w warunkach *umowy podstawowej*, w wysokości zaofertowanej przez *Towarzystwo*, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *umowa dodatkowa* jest kontynuowana.
4. W przypadku niezaakceptowania przez *Ubezpieczającego* zmienionych warunków *umowy dodatkowej* *umowa* ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem okresu karencji określonego w *umowie podstawowej*.
5. 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*.
6. *Ubezpieczający* może odstąpić od *umowy dodatkowej* w terminie 30 dni od daty jej zawarcia. Odstąpienie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręzonego *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym Ubezpieczającego*. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia od *umowy dodatkowej* *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* zapłaconą składkę za tę *umowę dodatkową*. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo potrącenia części *składki* za okres, w którym udzielono ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez *Towarzystwo* pisemnego oświadczenia *Ubezpieczającego* o odstąpieniu od tej *umowy dodatkowej*.
7. *Umowa dodatkowa* może być rozwiązana przez *Ubezpieczającego* w dowolnym momencie jej obowiązywania. Rozwiązanie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręzonego *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 *Towarzystwa* i opłacenie składki za *Umowę pomniejszonej o składkę za tę umowę dodatkową*.

8. *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 (okresu karencji) przewidzianego w *Umowie*, ale nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia *składki* lub
 - b) *umowa podstawowa* została przekształcona w bezskładkową – z dniem jej przekształcenia lub zakończył się okres opłacania *składek*, lub
 - c) *umowa podstawowa* wygasła lub została rozwiązana, lub
 - d) *Ubezpieczony* został w trakcie obowiązywania *umowy dodatkowej* uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu *niepoczytalności*, lub
 - e) *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
 - f) w *rocznicę Umowy* następującą bezpośrednio po 75. urodzinach *Ubezpieczonego*, niezależnie od tego, czy *umowa podstawowa* pozostaje w mocy po tym terminie.

W przypadkach określonych w punktach 8 b), c), d) i e) 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*, oprócz postanowień dotyczących indeksacji składki i świadczeń, samobójstwa i możliwości postępowania w przypadku zaprzestania opłacania *składek* (wykup i ubezpieczenie bezskładkowe), odnoszą się również do *umowy dodatkowej*, z następującymi wyjątkami:

- a) niezależnie od postanowienia o niepodważalności *Umowy* *Towarzystwo* może uzależnić przyznanie świadczenia wynikającego z *umowy dodatkowej* od przedstawienia dowodu, że *złamanie* i *oparzenie* lub *hospitalizacja* nastąpiły wskutek *nieszczęśliwego wypadku*,
- b) bez względu na postanowienia *umowy podstawowej* dotyczące wieku *Ubezpieczonego* zawarcie *umowy dodatkowej* po ukończeniu przez *Ubezpieczonego* 71. roku życia jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań *Towarzystwa*, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych składek za tę *umowę dodatkową*,
- c) ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy dodatkowej* może być wznowiona w oparciu o zasady określone w warunkach *umowy podstawowej* tylko wtedy, gdy ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy podstawowej* została wznowiona,
- d) *umowa dodatkowa* nie upoważnia do premii nadzwyczajnej/udziału w zysku.

ARTYKUŁ 11. REKLAMACJE I MEDIACJA

1. *Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony* lub uprawniony z *Umowy* może złożyć *reklamację*:
 - a) pisemnie na adres *Towarzystwa*: MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - d) osobiście w *biurze głównym Towarzystwa* lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
2. Każda *reklamacja* złożona zgodnie z punktem 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie *reklamacji* i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania *reklamacji*. W takim przypadku *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego *reklamację* o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.

WYJAŚNIENIE: Skomplikowane przypadki to takie, w których zaistnieje konieczność ustalenia dodatkowych okoliczności i zebrania brakujących informacji niezbędnych dla rozpatrzenia reklamacji.

4. O ile składający *reklamację* nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na *reklamację* zostanie udzielona przez *Towarzystwo* w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia *reklamacji*.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
6. Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy* może zwrócić się w sprawie *reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
7. *Towarzystwo* wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej zostały podane adresy stron internetowych obu podmiotów: Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl> oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny.

ARTYKUŁ 12. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU, SPRAWOZDANIA

1. Prawem właściwym dla *umowy dodatkowej* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *umowy dodatkowej* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym*, uprawnionym z *umowy dodatkowej*, spadkobiercą *Ubezpieczonego* lub spadkobiercą uprawnionego z *umowy dodatkowej* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego*, uprawnionego z *umowy dodatkowej*, spadkobiercy *Ubezpieczonego* lub spadkobiercy uprawnionego z *umowy dodatkowej*.
3. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie internetowej *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.

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

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

Warszawa, dnia 15 lutego 2017 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

TABELA ZŁAMAŃ I OPARZEŃ WSKUTEK NW

I. WYPŁATA Z TYTUŁU ZŁAMANIA

Lp. RODZAJ ZŁAMANIA	%
1. Złamania biodra lub miednicy (z wyłączeniem kości udowej lub ogonowej)	
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	100
b) wszystkie inne złamania otwarte	50
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	30
d) wszystkie inne złamania	20
2. Złamania kości udowej	
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	50
b) wszystkie inne złamania otwarte	40
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	30
d) wszystkie inne złamania	20
3. Złamania podudzia, kostek, łokcia, ramienia lub przedramienia (włączając nadgarstek, lecz z wyłączeniem złamania typu Colles)	
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	40
b) wszystkie inne złamania otwarte	30
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	20
d) wszystkie inne złamania	15
4. Złamania żuchwy	
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	30
b) wszystkie inne złamania otwarte	20
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	16
d) wszystkie inne złamania	8
5. Złamania strzałki, łopatki, mostka, śródreżca, śródstopia	
a) wszystkie złamania otwarte	20
b) wszystkie inne złamania	10
6. Złamania palców	
a) wszystkie złamania otwarte	4
b) wszystkie inne złamania	2
7. Złamania przedramienia typu Colles, Smith, Burton itp.	
a) złamania otwarte	20
b) inne złamania	10
8. Złamania kręgosłupa (kręgi, lecz z wyłączeniem kości ogonowej), za każdy, ale nie więcej niż 100%	
a) wszystkie złamania kompresyjne	20
b) wszystkie złamania wyrostków kolczystych, poprzecznych, nasad łuków	20
c) wszystkie inne złamania	10
9. Złamania żebra lub żeber (za każde zebro, ale nie więcej niż 100%), kości jarzmowych, kości ogonowej, nosa	
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	16
b) wszystkie inne złamania otwarte	12
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	8
d) wszystkie inne złamania	4
10. Złamania obojczyka, rzepki, pięty	
a) złamania otwarte	30
b) złamania wieloodłamowe	20
c) wszystkie inne złamania	10
11. Złamania mózgowczaszki i twarzoczaszki (z wyłączeniem nosa, zębów i kości jarzmowych)	
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	100
b) wszystkie inne złamania otwarte	50
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	30
d) wszystkie inne złamania	15

II. WYPŁATA Z TYTUŁU OPARZENIA

Lp.	RODZAJ OPARZENIA	%
1.	Oparzenia dróg oddechowych z zaburzeniami oddechu	100
2.	Oparzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego ze zwężeniem i upośledzeniem odżywienia	100
3.	Oparzenia ciała obejmujące 27% lub więcej powierzchni ciała	100
4.	Oparzenia ciała obejmujące 18% lub więcej, ale nieprzekraczające 27% powierzchni ciała	60
5.	Oparzenia ciała obejmujące 9% lub więcej, ale nieprzekraczające 18% powierzchni ciała	30
6.	Oparzenia ciała obejmujące 4,5% lub więcej, ale nieprzekraczające 9% powierzchni ciała	16

Warszawa, dnia 15 lutego 2017 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa