

# Gwarancja

## Gwarancja opłacania składek na wypadek inwalidztwa

# MetLife®



## 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 jedynie funkcję informacyjną.

### POMOC

Szanowni Państwo,  
w ramach umieszczonych w treści *OWU* pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najistotniejszych zagadnień. Mamy nadzieję, że SNOOPY – ambasador marki MetLife przybliży i objaśni Państwu trudne sformułowania użyte w *OWU*. Dodatkowo, słowa wyróżnione *kursywą* zostały zdefiniowane na początku dokumentu 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* Gwarancji opłacania składek na wypadek inwalidztwa zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *umowy dodatkowej*.
2. Niniejsza *umowa dodatkowa* jest częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). Niniejsza *umowa dodatkowa* obejmuje ochroną *Ubezpieczającego* wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* i jest zawierana na jego wniosek. Składkę należną z tytułu niniejszej *umowy dodatkowej* określa *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*.

### ARTYKUŁ 2. DEFINICJA CAŁKOWITEGO I TRWAŁEGO INWALIDZTWA

1. Przez **całkowite i trwałe inwalidztwo** rozumie się całkowitą i trwałą niezdolność *Ubezpieczającego* do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie z powodu obrażeń ciała lub choroby, pod warunkiem, że inwalidztwo trwało nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy, licząc od dnia jego powstania i po zakończeniu tego okresu nadal pozostaje ono całkowitym i trwałym. Tak zdefiniowane inwalidztwo uważane będzie za całkowite i trwałe wyłącznie w rozumieniu niniejszej *umowy dodatkowej* w celu ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa*. Dla celów niniejszej *umowy dodatkowej*, niezależnie od powyższych postanowień, *Towarzystwo* uznaje za **całkowite i trwałe inwalidztwo** zupełną i nieodwracalną obustronną utratę wzroku lub utratę:
  - a) obu dłoni powyżej nadgarstków lub
  - b) obu stóp powyżej kostek, lub
  - c) jednej dłoni powyżej nadgarstka i jednej stopy powyżej kostki.
2. **Gwarancja opłacania składek** obowiązuje wyłącznie w przypadku **całkowitego i trwałego inwalidztwa**, jeżeli:
  - a) powstało ono po dacie zawarcia niniejszej *umowy dodatkowej* w wyniku doznanych obrażeń ciała lub choroby, której objawy potwierdzone zostały w dokumentacji medycznej i
  - b) powstało ono przed dniem odpowiadającym dacie wejścia w życie niniejszej *umowy dodatkowej* najbliższym 60 urodzinom *Ubezpieczającego*, i
  - c) do dnia jego powstania *składki* z tytułu *Umowy*, w tym niniejszej *umowy dodatkowej*, były opłacone w terminie (jeżeli **całkowite i trwałe inwalidztwo** powstało w okresie karencji przewidzianym w *Umowie*, *składka* musi zostać opłacona zgodnie z *Umową* albo zaległość ta będzie potrącona od wypłaty należnej z tytułu *Umowy*).

## ROZDZIAŁ II. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA I JEJ ZAKRES

### ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczającego*.

### ARTYKUŁ 4. ZAKRES OCHRONY

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest **całkowite i trwałe inwalidztwo** *Ubezpieczającego* zdefiniowane w artykule 2. Zakres ochrony niniejszej *umowy dodatkowej* obejmuje **gwarancję opłacania składek na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa** *Ubezpieczającego*.

## Gwarancja

- Jeżeli **Ubezpieczający** dozna **całkowitego i trwałego inwalidztwa** w rozumieniu niniejszej **umowy dodatkowej**, **Towarzystwo** zobowiązuje się przejść na siebie obowiązek opłacania **składek** należnych z tytułu **Umowy**, o ile warunki **umów dodatkowych** będących częścią **Umowy** nie stanowią inaczej. **Całkowite i trwałe inwalidztwo** musi zostać potwierdzone dowodami na piśmie zgodnie z wymaganiami **Towarzystwa**.
- Gwarancja opłacania składek** obejmuje czas trwania inwalidztwa i rozpoczyna się od pierwszej **składki**, której termin płatności zgodnie z postanowieniami **Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia** przypada po jego powstaniu.
- Uznanie roszczenia nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Ograniczenia odpowiedzialności **Towarzystwa**.

## ROZDZIAŁ III. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

### ARTYKUŁ 5. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

**WYJAŚNIENIE:** Ochrona rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, pod warunkiem wpływu składki za umowę dodatkową na rachunek bankowy **Towarzystwa** i odebrania polisy przez **Ubezpieczającego**.



## ROZDZIAŁ IV. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

### ARTYKUŁ 6. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

- W celu ustalenia prawa **Ubezpieczającego** z tytułu **gwarancji opłacania składek** niezbędne jest przedłożenie **Towarzystwu** wszystkich dokumentów określonych poniżej:
  - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu **Towarzystwa** – oświadczenie **Ubezpieczającego**,
  - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu **Towarzystwa** – oświadczenie lekarza prowadzącego,
  - kopii dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia na skutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby oraz zastosowane w ich przypadku leczenie,
  - kopii zwolnień lekarskich potwierdzających niezdolność do pracy,
  - kopii dokumentu tożsamości **Ubezpieczającego**.

**WYJAŚNIENIE:** Roszczenie najszybciej zgłosić bezpośrednio do **Towarzystwa** w jeden z poniższych sposobów:

- pocztą elektroniczną** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: [roszczenia@metlife.pl](mailto:roszczenia@metlife.pl)
- telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 50 70
- korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Departament Roszczeń MetLife TUNŻIR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa
- osobiście** – w biurze głównym MetLife TUNŻIR S.A. przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie **Towarzystwa** na terenie całego kraju



- W przypadku leczenia **Ubezpieczającego** 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.



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

**WAŻNE:** **Towarzystwo** może zweryfikować zasadność roszczenia dopiero po 6 miesiącach od dnia powstania inwalidztwa. W przypadkach szczególnych jak obustronna utrata wzroku czy utrata dwóch kończyn weryfikacja roszczenia może nastąpić wcześniej.



- Powiadomienie o roszczeniu z tytułu niniejszej **umowy dodatkowej** musi zostać doręczone **Towarzystwu**:
  - za życia **Ubezpieczającego** i
  - w czasie trwania inwalidztwa, i
  - gdy w momencie rozpoczęcia się inwalidztwa **Umowa** jest w mocy.
- Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, **Towarzystwo** może odmówić uznania roszczenia.
- W przypadkach uzasadnionych **Towarzystwo** zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez **Ubezpieczającego** oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.

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



- Towarzystwo** zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 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 7 niniejszego artykułu.

### ARTYKUŁ 7. BADANIE LEKARSKIE

**Towarzystwo** zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań **Ubezpieczającego** przez lekarza powołanego przez **Towarzystwo** w celu potwierdzenia **całkowitego i trwałego inwalidztwa** odpowiadającego warunkom niniejszej **umowy dodatkowej**. **Ubezpieczający** jest zobowiązany na żądanie i koszt **Towarzystwa** poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią niniejszej **umowy dodatkowej**. Świadczenie należne z tytułu niniejszej **umowy dodatkowej** zostanie przyznane na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

**WYJAŚNIENIE:** **Towarzystwo** kieruje **Ubezpieczającego** na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona przez Klienta dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do określenia **całkowitego i trwałego inwalidztwa**. Badania te są wykonywane we współpracującej z **Towarzystwem** placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania **Ubezpieczającego**.



### ARTYKUŁ 8. ZAŚWIADCZENIE O CIĄGŁOŚCI INWALIDZTWA

Niezależnie od uznania przez **Towarzystwo** dowodów potwierdzających powstanie **całkowitego i trwałego inwalidztwa** w rozumieniu niniejszej **umowy dodatkowej** i przejścia przez **Towarzystwo** obowiązku opłacania **składek** należnych z tytułu **Umowy**, **Ubezpieczający** ma obowiązek na żądanie **Towarzystwa** dostarczyć w wyznaczonym terminie (pod rygorem utraty prawa do świadczeń z tytułu **gwarancji opłacania składek na wypadek inwalidztwa**) wymagane zaświadczenia o ciągłości inwalidztwa. Po upływie dwóch pełnych lat trwania inwalidztwa **Towarzystwo** nie ma prawa żądać takiego zaświadczenia częściej niż raz w roku.

Jeżeli *Ubezpieczający* nie dostarczy wymaganego zaświadczenia albo odzyska zdolność do podjęcia działalności gospodarczej lub wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, wszystkie *składki* należne od tego momentu powinny być opłacone przez *Ubezpieczającego* zgodnie z warunkami *Umowy*.



## ROZDZIAŁ V. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

### ARTYKUŁ 9. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Roszczenie nie zostanie uznane, jeżeli *całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczającego* powstało w wyniku:

- jakiegokolwiek choroby, której objawy potwierdzone w dokumentacji medycznej wystąpiły u *Ubezpieczającego* przed datą wejścia w życie niniejszej *umowy dodatkowej*, z wyłączeniem tych chorób, o których *Towarzystwo* zostało poinformowane na piśmie przed zawarciem niniejszej *umowy dodatkowej* lub
- samookaleczenia *Ubezpieczającego* lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności *Ubezpieczającego*, lub
- obrażeń ciała doznanych na skutek podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych. Przez pasażerskie licencjonowane linie lotnicze rozumie się przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób.

## ROZDZIAŁ VI. WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

### ARTYKUŁ 10. WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

*Ubezpieczający* może rozwiązać niniejszą *umowę dodatkową* w dowolnym terminie płatności *składek* przez pisemne powiadomienie *Towarzystwa* lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Niniejsza *umowa dodatkowa* wygasa z mocy niniejszego postanowienia:

- w *dacie wygaśnięcia* niniejszej *umowy dodatkowej* określonej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* lub
- w dniu odpowiadającym dacie wejścia jej w życie, następującym bezpośrednio po 60 urodzinach *Ubezpieczającego*, niezależnie od tego, czy *Umowa* pozostaje w mocy po tym terminie, lub
- jeżeli *Umowa* zostanie wykupiona lub przekształcona przez wykorzystanie jednej z możliwości przewidzianej na wypadek zaprzestania opłacania *składek*, określonej w postanowieniach *Umowy* – z dniem wykupu lub przekształcenia, lub rozwiązana w inny sposób, lub
- jeżeli którakolwiek *składka* z tytułu *Umowy*, w tym niniejszej *umowy dodatkowej*, nie została opłacona do końca okresu karencji przewidzianego w *Umowie*, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia *składki*, lub
- z dniem otrzymania przez *Towarzystwo* wniosku o zmianę *Ubezpieczającego* za jego życia, lub
- w dniu śmierci *Ubezpieczającego*, lub
- jeżeli *Ubezpieczający* wstąpi lub zostanie 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.

Jeżeli niniejsza *umowa dodatkowa* wygaśnie zgodnie z powyższymi postanowieniami lub zostanie rozwiązana w inny sposób, obowiązek opłacania za nią *składek* ustaje. Opłacenie *składki* po rozwiązaniu niniejszej *umowy dodatkowej* lub przyjęcie jej przez *Towarzystwo* nie pociąga za sobą żadnych zobowiązań po stronie *Towarzystwa* oprócz jej zwrotu.

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



## ROZDZIAŁ VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### ARTYKUŁ 11. UMOWA DODATKOWA JAKO CZĘŚĆ UMOWY

Niniejsza *umowa dodatkowa* staje się z chwilą zawarcia częścią *Umowy*, której postanowienia stosuje się również do niniejszej *umowy dodatkowej* z następującymi wyjątkami:

- niniejsza *umowa dodatkowa* nie upoważnia do premii nadzwyczajnej/udziału w zysku,
- bez względu na postanowienia *Umowy* dotyczące wieku *Ubezpieczającego*, zawarcie niniejszej *umowy dodatkowej* od dnia 56 urodzin *Ubezpieczającego* jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań *Towarzystwa*, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych *składek*,
- w czasie trwania inwalidztwa *Ubezpieczającego* nie można dokonywać żadnych zmian *Umowy* ani trybu opłacania *składek*.

**WAŻNE:** W czasie opłacania *składek* przez Towarzystwo mogą być dokonywane zmiany niestanowiące zmiany *Umowy*, takie jak zmiana danych kontaktowych lub identyfikacyjnych.



### ARTYKUŁ 12. ZACHOWANIE ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU UMOWY

Przejęcie przez *Towarzystwo* obowiązku opłacania *składek* nie powoduje zmniejszenia wypłat należnych z tytułu postanowień *Umowy* oraz premii nadzwyczajnej/udziału w zysku, jeżeli takowe przysługują. Wszelkie kwoty zagwarantowane w *Umowie* będą takie same jak w przypadku, gdyby wszystkie *składki* podlegające zwolnieniu zostały opłacone przez *Ubezpieczającego*.

Warszawa, dnia 15 maja 2014 roku



Łukasz Kalinowski  
Prezes Zarządu Towarzystwa



Iwona Ochocka  
Członek Zarządu Towarzystwa

## 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 PRZEDSTAWICIELEM 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: czynne od pn. do pt. w godz. 8.00-18.00, tel. +48 22 523 50 70**  
© MetLife TUnŻiR S.A., 2014 PEANUTS © 2014 Peanuts Worldwide

# MetLife®

**MetLife TUnŻiR S.A.**  
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa  
e-mail: [lifeinfo@metlife.pl](mailto:lifeinfo@metlife.pl)  
[www.metlife.pl](http://www.metlife.pl)