

MetLife Protection

MetLife[®]



Ogólne Warunki Ubezpieczenia

www.metlife.pl

SPIS TREŚCI

INFORMACJA DOTYCZĄCA UBEZPIECZENIA METLIFE PROTECTION	3
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „METLIFE PROTECTION”	5
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA HOSPITALIZACJI LUB OPERACJI SPOWODOWANYCH CHOROBAŃ LUB NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM	10
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA	14
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	16

Informacja dotycząca ubezpieczenia MetLife Protection

Umowa podstawowa:

Ubezpieczenie na życie MetLife Protection

Umowy dodatkowe:

- Ubezpieczenie Hospitalizacji lub Operacji spowodowanych Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem
- Ubezpieczenie na wypadek Poważnego zachorowania
- Ubezpieczenie śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	umowa podstawowa: § 3 – str. 5; § 4 – str. 6; § 11 – str. 7; § 12, § 13 – str. 8 umowy dodatkowe: § 3 – str. 10, 14, 16; § 5 – str. 10; § 8 – str. 11; § 7 – str. 15, 16
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	umowa podstawowa: § 9 – str. 7 umowy dodatkowe: § 2 – str. 10, 14; § 3 – str. 14; § 6 – str. 15, 16; § 7 – str. 11 Lista operacji chirurgicznych objętych dodatkowym ubezpieczeniem Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznych – str. 12

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „METLIFE PROTECTION”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie „MetLife Protection” (dalej „OWU”) mają zastosowanie do indywidualnej Umowy ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem – MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (dalej „Towarzystwo”) a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy ubezpieczenia.

DEFINICJE

§2

Terminom używanym w OWU nadano następujące znaczenie:

- 1) **Częściowe inwalidztwo** –
 - a) jeżeli Nieszczęśliwy wypadek wystąpił w Okresie ochrony przed Rocznicą ochrony następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60. roku życia: Niezdolność do pracy spowodowana uszkodzeniem ciała Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie co najmniej 6 miesięcy lub nierokująca możliwości odzyskania zdolności do jakiegokolwiek pracy zarobkowej w okresie co najmniej 6 miesięcy od daty jej początku;
 - b) jeżeli Nieszczęśliwy wypadek wystąpił w okresie od Rocznicy ochrony następującej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60. roku życia, a przed Rocznicą ochrony następującą bezpośrednio po ukończeniu 65. roku życia: całkowita i nieodwracalna utrata słuchu lub całkowita i nieodwracalna utrata wzroku co najmniej w jednym oku lub którejkolwiek kończyny (co najmniej dłoni lub stopy) powstała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 2) **Data opłacenia składki** – dzień wpływu całej Składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo;
- 3) **Dodatkowe ubezpieczenie** – integralna część Umowy ubezpieczenia rozszerzająca zakres Ochrony ubezpieczeniowej na wniosek Ubezpieczającego, w sposób określony w odpowiednich Ogólnych warunkach Dodatkowych ubezpieczeń;
- 4) **Indeksacja** – podwyższenie Składki i stosownie do niej Sumy ubezpieczenia, które może zostać dokonane przez Towarzystwo w każdą Rocznicę ochrony, na zasadach określonych w §8 OWU;
- 5) **Miesiąc ochrony** – miesiąc mający swój początek w pierwszym dniu Okresu ochrony, 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;
- 6) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, 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 lub Częściowego inwalidztwa, bądź Trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego;
- 7) **Niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy lub działalności zarobkowej, powstała na skutek choroby lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, rozpoznana po raz pierwszy w Okresie ochrony;
- 8) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – zachodzi, jeśli Ubezpieczony wymaga bezwzględnie pomocy drugiej osoby w co najmniej czterech z poniższych czynności życia codziennego:
 - a) korzystaniu z toalety;
 - b) myciu się (rozumianym jako kąpiel w wannie lub pod prysznicem);
 - c) spożywaniu posiłków;
 - d) przechodzeniu z łóżka na wózek lub krzesło i z powrotem;
 - e) przemieszczaniu się (rozumianym jako poruszanie się na jednym poziomie po powierzchni płaskiej);
 - f) ubieraniu i rozbieraniu się.
 Za niezdolność do samodzielnej egzystencji uważa się także całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku lub co najmniej dwóch kończyn (co najmniej dwóch stóp lub stopy i dłoni bądź dwóch dłoni);
- 9) **Ochrona tymczasowa** – Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku osoby określonej we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczony, udzielana przez Towarzystwo od dnia następnego po dniu złożenia do Towarzystwa Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia bądź od dnia następnego po dniu wpłacenia kwoty na poczet pierwszej Składki, w należnej wysokości – jeśli jest późniejszy;
- 10) **Okres ochrony** – okres, w którym Towarzystwo udziela Ochrony ubezpieczeniowej, którego początek i koniec wskazany jest w Polisie;
- 11) **Okres prolongaty** – okres 2 miesięcy rozpoczynający się dnia następującego po dniu wymagalności Składki, jeśli nie została ona zapłacona w terminie i należnej wysokości; w Okresie prolongaty Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia. Okres prolongaty nie ma zastosowania do pierwszej Składki;
- 12) **Podpisy wzorcowe** – zawarte we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia podpisy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, stanowiące wzory, z jakimi będą porównywane ich podpisy pod późniejszymi wnioskami i oświadczeniami;
- 13) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
- 14) **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy kierowane do Towarzystwa, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo lub jego działalności;
- 15) **Rocznicą ochrony** – dzień odpowiadający dacie rozpoczęcia Okresu ochrony w danym roku, przypadający w kolejnych latach Okresu ochrony;
- 16) **Rok ochrony** – okres pomiędzy kolejnymi Rocznicami ochrony. Pierwszy Rok ochrony rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia Okresu ochrony;
- 17) **Składka** – kwota wskazana w Polisie, należna z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy ubezpieczenia, do której opłacania we wskazanych terminach zobowiązany jest Ubezpieczający;
- 18) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w Polisie, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego;
- 19) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Towarzystwo osobie uprawnionej w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 20) **Trwałe całkowite inwalidztwo** – obejmuje powstałe na skutek choroby lub w wyniku Nieszczęśliwego wypadku łącznie Niezdolność do pracy i Niezdolność do samodzielnej egzystencji trwające nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy i zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej nierokujące możliwości odzyskania zdolności do jakiegokolwiek pracy i zdolności do samodzielnej egzystencji w okresie co najmniej 30 miesięcy od daty jej początku;
- 21) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do zapłacenia Składki;
- 22) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia (na której rzecz zawarto Umowę ubezpieczenia);
- 23) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta między Towarzystwem 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;
- 24) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku jego Śmierci;
- 25) **Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia** – oferta zawarcia Umowy ubezpieczenia złożona Towarzystwu przez Ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa;
- 26) **Wskaźnik indeksacji** – wskaźnik stosowany do podwyższenia Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia w celu ochrony realnej wartości Świadczenia ubezpieczeniowego, określony w §8;
- 27) **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

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) Śmierć Ubezpieczonego;
 - b) Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego;
 - c) Częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o ryzyko dodatkowe na podstawie Ogólnych warunków Dodatkowych ubezpieczeń.

OCHRONA TYMCZASOWA**§4**

1. Towarzystwo udziela Ochrony tymczasowej osobie określonej we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczony.
2. Towarzystwo rozpoczyna udzielenie Ochrony ubezpieczeniowej w ramach Ochrony tymczasowej, o której mowa w §2 ust. 9 OWU, dnia następnego po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - a) złożeniu do Towarzystwa Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz
 - b) opłaceniu kwoty pierwszej Składki na poczet Umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo potwierdza udzielenie Ochrony tymczasowej na formularzu potwierdzenia Ochrony tymczasowej.
4. Ochrona tymczasowa trwa nie dłużej niż 60 dni, z zastrzeżeniem jej wygaśnięcia:
 - a) w przypadku niedostarczenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego dokumentów niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia w terminie wskazanym przez Towarzystwo;
 - b) z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - c) z dniem zwrotu Składki na rachunek Ubezpieczającego w przypadku niewyrażenia przez Towarzystwo zgody na zawarcie Umowy ubezpieczenia;
 - d) z dniem określonym w Polisie jako dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia.
5. W przypadkach określonych w ust. 4 pkt a)-b) Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą do Towarzystwa Składkę.
6. Składka z tytułu udzielania Ochrony tymczasowej zawarta jest w pierwszej Składce opłaconej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
7. Suma ubezpieczenia z tytułu Ochrony tymczasowej wynosi 50 000 zł.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**§5**

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie pisemnego Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby fizycznej, która w dniu podpisania Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ukończyła co najmniej 18 lat, lecz nie więcej niż 70 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas oznaczony, określony w Polisie. Maksymalny wiek Ubezpieczonego w dniu zakończenia Okresu ochrony nie może przekroczyć 75 lat.
4. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem określonym w Polisie, po akceptacji przez Towarzystwo prawidłowo wypełnionego Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisé.
6. Jeżeli treść Polisy zawiera postanowienia odbiegające od treści Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub OWU, Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od doręczenia Polisy nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym ustępie.
7. Zawarcie Umowy ubezpieczenia z Ubezpieczającym, który oświadczył, iż jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (dalej „PEP”) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd, Członka Zarządu Towarzystwa lub osobę upoważnioną przez Zarząd.
8. Integralną częścią Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia są odpowiednio – Ankieta medyczna lub Kwestionariusz medyczny.
9. Towarzystwo ma prawo skierować osobę wskazaną we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczony na badania lekarskie w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
10. Towarzystwo ma prawo:
 - a) odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia albo
 - b) zaproponować zawarcie Umowy ubezpieczenia na warunkach odmiennych od treści Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub OWU i Ogólnych warunków Dodatkowych ubezpieczeń.

OKRES OCHRONY**§6**

1. Okres ochrony rozpoczyna się następnego dnia po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej niż od daty opłacenia Składki.
2. Okres ochrony kończy się:
 - a) z ostatnim dniem Miesiąca ochrony, w którym zostało złożone wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia;
 - b) z dniem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia;
 - c) z dniem zakończenia Okresu ochrony określonego w Polisie;
 - d) z dniem Śmierci Ubezpieczonego;
 - e) z dniem uznania roszczenia z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego;
 - f) z ostatnim dniem Okresu prolongaty w przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłacił Składki w Okresie prolongaty, zgodnie z §10 ust. 12.
3. Okres ochrony w zakresie Częściowego inwalidztwa oraz Trwałego całkowitego inwalidztwa kończy się w najbliższą Rocznicę ochrony po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

SKŁADKA I SUMA UBEZPIECZENIA**§7**

1. Składka ubezpieczeniowa jest ustalana w oparciu o:
 - a) wiek;
 - b) okres trwania Ochrony ubezpieczeniowej;
 - c) wysokość Sumy ubezpieczenia;
 - d) częstotliwość i sposób opłacania Składki;
 - e) wybrane Dodatkowe ubezpieczenia;
 - f) ocenę ryzyka medycznego i finansowego;
 - g) opłaty i koszty zawarcia i obsługi Umowy ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego z góry, w wysokości określonej w Polisie.
3. Składka może być opłacana w okresach: miesięcznym, kwartalnym, półrocznym i rocznym, w zależności od wyboru Ubezpieczającego.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych określona jest w Polisie.
5. Po Rocznicę ochrony następującej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia Składka z tytułu Trwałego całkowitego oraz Częściowego inwalidztwa nie jest należna i nie będzie pobierana.

ZMIANA CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA SKŁADEK, INDEKSACJA SKŁADKI ORAZ ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA**§8**

1. Częstotliwość opłacania Składki może zostać zmieniona w każdą Rocznicę ochrony, za zgodą Towarzystwa, na wniosek Ubezpieczającego złożony do Towarzystwa na formularzu Towarzystwa nie później niż 60 dni przed najbliższą Rocznicę ochrony. W przypadku doręczenia do Towarzystwa Wniosku o dokonanie zmiany częstotliwości opłacania Składki po tym terminie zmiana będzie dokonana dopiero w kolejną Rocznicę ochrony. Warunkiem zmiany częstotliwości opłacania Składki jest opłacenie wszystkich Składek należnych za okres poprzedzający wprowadzenie tych zmian.

2. Na 30 dni przed Rocznicą ochrony do Ubezpieczającego zostanie wysłany list informujący o aktualnym poziomie Sumy ubezpieczenia i Składki, proponowanym Wskaźniku indeksacji oraz nowych wartościach Sumy ubezpieczenia i Składki.
3. Ubezpieczający ma prawo do dokonania Indeksacji Składki.
4. W każdą Rocznicę ochrony Towarzystwo dokonuje automatycznej Indeksacji Składki ubezpieczeniowej, o ile Ubezpieczający wyrazi na to zgodę przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
5. Indeksacja dokonywana jest w oparciu o wskaźnik indeksacyjny, który będzie zatwierdzany każdego roku przez Zarząd Towarzystwa 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.
6. Na 30 dni przed każdą Rocznicą ochrony do Ubezpieczającego zostanie wysłany list informujący o nowych wartościach Sumy ubezpieczenia, Składki i Wskaźnika indeksacji.
7. Ubezpieczający może zrezygnować z Indeksacji Składki, składając do Ubezpieczyciela stosowny wniosek o anulowanie Indeksacji, każdorazowo nie później niż 14 dni przed dniem Rocznicy ochrony, od której zmiana ta miałaby obowiązywać.
8. W przypadku rezygnacji z Indeksacji Składki Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do Indeksacji w pozostałym Okresie ochrony.
9. Indeksacja Składki nie będzie dokonywana w okresie realizowania przez Towarzystwo świadczenia z tytułu Częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego.
10. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać zmieniona na pisemny wniosek Ubezpieczającego złożony do Towarzystwa nie później niż 30 dni przed Rocznicą ochrony.
11. Wysokość Sumy ubezpieczenia zmienia się za zgodą Towarzystwa. Przed wydaniem decyzji o podwyższeniu Sumy ubezpieczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
12. Obniżenie Sumy ubezpieczenia może być dokonane o dowolny wybrany przez Ubezpieczającego i zaakceptowany przez Ubezpieczonego poziom – tak, aby Suma ubezpieczenia i Składka po zmianie nie były niższe niż minimalne wielkości ustalone przez Towarzystwo.
13. Warunkiem zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia, w tym w szczególności w wyniku Indeksacji Składki, jest opłacenie wszystkich Składek należnych za okres poprzedzający wprowadzenie tej zmiany.
14. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia zgodnie z ust. 10-13 powoduje zmianę wysokości Składki.
15. Wszelkie zmiany określone w niniejszym paragrafie będą potwierdzone na piśmie przez Towarzystwo.

OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§9

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - a) samobójstwa popełnionego w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - b) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, zamieszek, aktów terroryzmu, jeżeli Ubezpieczony był żołnierzem lub członkiem sił zbrojnych bądź uczestnikiem kontyngentu pokojowego.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli wystąpiło ono wskutek:
 - a) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego, lub próby popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego;
 - b) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, zamieszek, aktów terroryzmu, jeżeli Ubezpieczony był żołnierzem lub członkiem sił zbrojnych bądź uczestnikiem kontyngentu pokojowego.
3. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali dane niezgodne z prawdą lub zataili prawdę o okolicznościach, o które Towarzystwo zapytywało przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo będzie wolne od odpowiedzialności, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa.
4. Po upływie trzech lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie będzie mogło podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.
5. W przypadku wznowienia Ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z §15 lub podwyższenia Sumy ubezpieczenia, termin trzyletni, o którym mowa w ust. 4, będzie liczony od daty wznowienia Ochrony ubezpieczeniowej lub podwyższenia Sumy ubezpieczenia, ale tylko w odniesieniu do faktów i informacji dostarczonych Towarzystwu w związku ze wznowieniem Ochrony ubezpieczeniowej lub podwyższeniem Sumy ubezpieczenia.
6. W przypadku, gdy w ciągu ostatnich dwóch lat przed datą samobójstwa podwyższono Sumę ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek Śmierci obowiązującej 2 lata wstecz (licząc od dnia popełnienia samobójstwa), powiększone o Składki zapłacone w związku z podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, pomniejszone o wymagalne wierzytelności wynikające z OWU i Ogólnych warunków Dodatkowych ubezpieczeń.

ZAKOŃCZENIE TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§10

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek zakończenia Okresu ochrony, zgodnie z §6 ust. 2.
2. Wraz z rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia automatycznie wygasają wszystkie Dodatkowe ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku, gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca, w terminie 7 dni od daty jej zawarcia.
4. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu Składkę pomniejszoną o kwotę pokrywającą koszty udzielonej Ochrony ubezpieczeniowej.
5. Odstąpienie jest skuteczne pod warunkiem złożenia pisemnego oświadczenia przez Ubezpieczającego do Towarzystwa. Za dzień odstąpienia uważa się datę wpływu oświadczenia do Towarzystwa.
6. Składka w wysokości określonej zgodnie z ust. 4 zwracana jest Ubezpieczającemu w ciągu 30 dni od dnia odstąpienia, o którym mowa w ust. 3.
7. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU skutkuje odstąpieniem od wszystkich Dodatkowych ubezpieczeń.
8. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem złożenia pisemnego oświadczenia do Towarzystwa.
9. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia jest skuteczne z końcem Miesiąca ochrony, w którym pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia zostało doręczone do Towarzystwa.
10. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu Składkę za niewykorzystany Okres ochrony, w terminie 30 dni od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
11. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z zapłaty należnej Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało Ochrony ubezpieczeniowej.
12. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem Okresu prolongaty w przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłacił Składki do ostatniego dnia Okresu prolongaty, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczającego przez Towarzystwo do opłacenia Składki w terminie do ostatniego dnia Okresu prolongaty, jednak nie krótszym niż 7 dni od otrzymania tego wezwania.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

ŚWIADCZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§11

1. W przypadku Śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Świadczenie ubezpieczeniowe równe Sumie ubezpieczenia pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z Umowy ubezpieczenia w formie jednorazowej wypłaty.
2. Uprawniony do Świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązany jest dostarczyć do Towarzystwa następujące dokumenty:
 - a) Wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Towarzystwa;
 - b) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego (w oryginale lub kopię potwierdzoną notarialnie);

- c) kopię zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu (karty zgonu) Ubezpieczonego;
 - d) kopię swojego dokumentu tożsamości, poświadczoną notarialnie lub przez upoważnioną osobę w siedzibie Towarzystwa albo jego uprawnionym przedstawicielstwie.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do występowania z wnioskami do policji, prokuratury, sądów, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
 4. Jeżeli Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty wyszczególnione w ust. 2 pkt c) powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

ŚWIADCZENIE NA WYPADEK TRWAŁEGO CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO LUB CZĘŚCIOWEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO

§12

1. W przypadku Trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z Umowy ubezpieczenia, w formie jednorazowej wypłaty.
2. W przypadku Częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego Świadczenie ubezpieczeniowe polega na przejęciu przez Towarzystwo obowiązku opłacania Składek.
3. Ubezpieczony uprawniony do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Częściowego inwalidztwa lub Trwałego całkowitego inwalidztwa zobowiązany jest dostarczyć do Towarzystwa następujące dokumenty:
 - a) Wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Towarzystwa;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego poświadczoną notarialnie lub przez upoważnioną osobę w siedzibie Towarzystwa albo jego uprawnionym przedstawicielstwie;
 - c) zaświadczenia lekarskie o okresie i zakresie Niezdolności do pracy oraz Niezdolności do samodzielnej egzystencji, w tym orzeczenia organów rentowych, a także orzeczenia o stopniu niepełnosprawności;
 - d) dokumentację medyczną dotyczącą leczenia chorób będących przyczyną danego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - e) kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile Uposażeni są w ich posiadaniu, lub adres i nazwę placówki prowadzącej sprawę;
 - f) w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do występowania z wnioskami do policji, prokuratury, sądów, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
5. W przypadku dostarczenia oryginałów dokumentacji wyszczególnionej w ust. 3 zostaną one zwrócone osobie uprawnionej po potwierdzeniu ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo. Towarzystwo spełni Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w niniejszym paragrafie, pod warunkiem, że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w Okresie ochrony i przed Rocznicą ochrony następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
6. Przejęcie obowiązku opłacania Składek, o którym mowa w ust. 2, następuje od najbliższej daty wymagalności Składki, przypadającej po dacie powstania Częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego. Przejęcie obowiązku opłacania Składek trwa do najbliższej daty wymagalności Składki, przypadającej po dacie odzyskania zdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, nie dłużej jednak niż do Rocznicy ochrony następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
7. Ubezpieczony ma obowiązek zawiadomić Towarzystwo o wygaśnięciu uprawnień wynikających z ubezpieczenia społecznego na wypadek Niezdolności do pracy oraz odzyskaniu zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
8. W trakcie trwania okresu, w którym Towarzystwo przejęło opłacanie Składek z tytułu Częściowego inwalidztwa, Ubezpieczony ma obowiązek na wezwanie Towarzystwa przedstawić dowody potwierdzające trwające nadal Częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
9. W celu ustalenia prawa do Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest obowiązany poddać się badaniom lekarskim, z wyłączeniem badań genetycznych, w autoryzowanej placówce medycznej, na zlecenie i koszt Towarzystwa. Odmowa poddania się przez Ubezpieczonego wymaganym przez Towarzystwo badaniom może skutkować odmową wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego lub kontynuacji jego wypłacania.
10. Jeżeli po wystąpieniu Częściowego inwalidztwa została pobrana Składka, Towarzystwo zwraca pobraną Składkę na rachunek bankowy Ubezpieczającego lub przekazem pocztowym.

SPEŁNIENIE ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§13

1. Towarzystwo spełnia Świadczenie ubezpieczeniowe w terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 1, Towarzystwo 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 Towarzystwo wypłaca w terminie określonym w ust. 1.
3. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje, Towarzystwo powiadamia pisemnie osoby uprawnione do Świadczenia ubezpieczeniowego o odmowie przyznania Świadczenia ubezpieczeniowego, wskazując w uzasadnieniu podstawę faktyczną i prawną odmowy, w terminach określonych w ust. 1 i 2.

WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

§14

1. W przypadku wszystkich Umów ubezpieczenia, również tych zawartych na cudzy rachunek, Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez doręczenie do Towarzystwa pisemnego wniosku, podpisanego zgodnie z Podpisem wzorcowym.
2. Zmiana Uposażonego następuje pod warunkiem otrzymania przez Towarzystwo skutecznego oświadczenia, o którym mowa w ust. 1, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
3. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
4. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma osoby Uposażonego, świadczenie na wypadek śmierci należne z tytułu Umowy ubezpieczenia przypada osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego.

WZNOWIENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§15

1. Towarzystwo dopuszcza możliwość wznowienia Ochrony ubezpieczeniowej w okresie 6 miesięcy od upływu Okresu prolongaty. Ubezpieczający powinien złożyć pisemny wniosek o wznowienie Ochrony ubezpieczeniowej na formularzu Towarzystwa. Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu pisemną ofertę wznowienia. Po jej zaakceptowaniu Towarzystwo wystawi stosowny dokument potwierdzający wznowienie Umowy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo ma prawo odmówić wznowienia Ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku doręczenia wniosku o wznowienie Ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo ma prawo, w celu dokonania prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zwrócić się do Ubezpieczonego o dostarczenie informacji na temat jego zdrowia i sytuacji finansowej oraz skierować go na badania lekarskie w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
4. Ochrona ubezpieczeniowa jest wznawiana z pierwszym dniem najbliższego Miesiąca ochrony przypadającego po podjęciu przez Towarzystwo decyzji o wznowieniu Ochrony ubezpieczeniowej.

AKTUALIZACJA INFORMACJI

§16

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do niezwłocznego informowania Towarzystwa o zmianach:
 - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
 - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).
 Informacje o zmianach powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie ustalonej przez strony.
2. Ubezpieczający będący osobą fizyczną zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska 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 niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zmianie formy prawnej, zakresu prowadzonej działalności oraz zmianie kraju siedziby w celu wykonania przez Towarzystwo obowiązków wynikających z Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§17

1. Wszelkie podatki winny 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. ustawą z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i ustawą z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2014 r., poz. 851 j.t. z późn. zm.).
2. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową powinny być przekazywane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
3. Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

REKLAMACJE

§18

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy może złożyć Reklamację:
 - a) pisemnie na adres Towarzystwa: MetLife TUnŻiR 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 ust. 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.
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.

PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚCI SĄDU, SPRAWOZDANIA

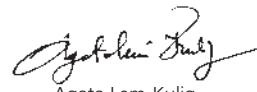
§19

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, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
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.
5. W relacjach z Towarzystwem zastosowanie ma język polski.

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA HOSPITALIZACJI LUB OPERACJI SPOWODOWANYCH CHOROBA LUB NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

- Niniejsze Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie do Dodatkowego ubezpieczenia Hospitalizacji lub Operacji spowodowanych Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem i stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie „MetLife Protection” (dalej „OWU”).
- Warunki i terminy określone w OWU stosują się także do niniejszych Ogólnych warunków Dodatkowego ubezpieczenia, jeśli te nie stanowią inaczej.

DEFINICJE

§2

Terminom używanym w Ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej nadano następujące znaczenie:

- Choroba** – schorzenie, dolegliwość lub stan chorobowy prowadzące do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- Dodatkowe ubezpieczenie** – Dodatkowe ubezpieczenie Hospitalizacji lub Operacji spowodowanych Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem;
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest, w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, pobyt w Szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowskiego;
- Lekarz** – osoba kwalifikująca do Hospitalizacji lub przeprowadzająca 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 Towarzystwo nie wyraziło na to zgody;
- Licencjonowane pasażerskie linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób;
- 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 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;
- Podstawowe ubezpieczenie** – Umowa ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna a Ubezpieczającym na podstawie OWU „MetLife Protection”;
- 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;
- Suma ubezpieczenia z tytułu Operacji** – kwota określona w Polisie, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ryzyka Operacji chirurgicznej;
- Suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku** – kwota określona w Polisie, wypłacana przez Towarzystwo w przypadku Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w okresie 60 dni od daty zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia;
- Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku** – Śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie 60 dni od daty zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia, na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
- 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 całonocnych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowskiego, w tym szpitale uzdrowskie, sanatoria;
- Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczonemu w przypadku uznania roszczenia z tytułu Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej, obliczona zgodnie z Załącznikiem nr 1, lub kwota wypłacona osobie uprawnionej w przypadku Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Przedmiotem ubezpieczenia jest również życie Ubezpieczonego, w zakresie opisanym w ust. 2 pkt c).
- Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - Hospitalizację na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby;
 - Operację chirurgiczną na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby;
 - Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w okresie 60 dni od daty zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia.

ZAWARCIE I WYPOWIEDZENIE DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§4

- Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Dodatkowego ubezpieczenia ukończył 18 lat i nie ukończył 61. roku życia.
- Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte przy zawieraniu Podstawowego ubezpieczenia lub w Rocznicę ochrony.
- Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie zawierane jest na okres pięciu lat i jest automatycznie przedłużane na kolejne 5-letnie okresy, z zastrzeżeniem, iż wysokość Składki za to Dodatkowe ubezpieczenie i inne jego warunki mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za to Dodatkowe ubezpieczenie w wysokości zaoferowanej przez Towarzystwo, do końca Okresu przedłużenia określonego w OWU, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie jest przedłużane. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków Dodatkowego ubezpieczenia nie będzie ono przedłużane i wygaśnie z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia Składka za to Dodatkowe ubezpieczenie. W przypadku zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie może być przedłużane, Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczającego w terminie nie później niż 45 dni przed datą, do której Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić kolejną Składkę za Podstawowe ubezpieczenie. Podwyższenie Składki oraz świadczeń z tytułu indeksacji nie stanowi zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie może być przedłużane.
- Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może zostać wypowiedziane w każdej chwili ze skutkiem na najbliższą Rocznicę ochrony przypadającą bezpośrednio po dniu złożenia pisemnego wypowiedzenia do Towarzystwa, jednak nie zwalnia to Ubezpieczającego z opłacania Składki za Dodatkowe ubezpieczenie do dnia zakończenia Okresu ochrony spowodowanego wypowiedzeniem.
- W przypadku wypowiedzenia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczający traci prawo do ponownego zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania Okresu ochrony wynikającego z Podstawowego ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§5

- Wysokość Sum ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji i Operacji chirurgicznej jest określona w Polisie, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczonego wariantem ubezpieczenia.
- Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji i Operacji chirurgicznej jest indeksowana, 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.

3. W przypadku uznania roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego, która miała miejsce w Okresie ochrony, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie ubezpieczeniowe równe Sumie ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji, za każdy dzień nieprzerwanej Hospitalizacji, pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji przysługuje od czwartego dnia Hospitalizacji i nie obejmuje pierwszych trzech dni każdej Hospitalizacji.
5. łączna długość okresu Hospitalizacji, za którą Towarzystwo wypłaci świadczenie w przypadku uznania roszczenia, nie może przekroczyć 90 dni w Roku ochrony.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji wypłaca się po zakończeniu Hospitalizacji.
7. W przypadku długotrwałej Hospitalizacji Ubezpieczony może zwrócić się z wnioskiem do Towarzystwa o wypłatę części Świadczenia ubezpieczeniowego za Hospitalizację. Minimalnym okresem uprawniającym do zgłoszenia wniosku o wypłatę części Świadczenia ubezpieczeniowego jest każdorazowy 30-dniowy okres Hospitalizacji.
8. W przypadku uznania roszczenia z tytułu Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, przeprowadzonej w Okresie ochrony, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie ubezpieczeniowe równe kwocie obliczonej jako procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji chirurgicznej właściwy dla danej Operacji chirurgicznej wskazanej w Załączniku nr 1 do niniejszych Ogólnych warunków Dodatkowego ubezpieczenia pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z Umowy ubezpieczenia.
9. 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 Ubezpieczającego.
10. W przypadku zgłoszenia więcej niż jednej Operacji chirurgicznej, przeprowadzanej w okresie tej samej Hospitalizacji, Towarzystwo wypłaci jedno najwyższe Świadczenie ubezpieczeniowe, określone dla danej Operacji chirurgicznej wskazanej w Załączniku nr 1 do niniejszych Ogólnych warunków Dodatkowego ubezpieczenia.
11. Zgodnie z postanowieniami §6 ust. 2 w przypadku Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku w okresie karencji Towarzystwo wypłaci Uposażonemu Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości czterokrotności Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji chirurgicznej określonej w Polisie pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z Umowy ubezpieczenia.

OKRES OCHRONY

§6

1. Okres ochrony w zakresie Hospitalizacji lub Operacji chirurgicznej wskutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się po upływie karencji, tj. 60 dni od daty zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia.
2. W okresie karencji, o której mowa w ust. 1, świadczona jest ochrona w zakresie Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. Okres ochrony z tytułu Hospitalizacji wygasa z chwilą uznania roszczenia, w związku ze zdarzeniem objętym Ochroną ubezpieczeniową, gdy łączny okres Hospitalizacji, za który Świadczenie ubezpieczeniowe jest należne, wyniósł 90 dni w danym Roku ochrony.
4. Okres ochrony 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 Okres ochrony z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia kończy się w każdym przypadku zakończenia Podstawowego ubezpieczenia, a także:
 - a) w najbliższą Rocznicę ochrony następującą po dniu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia;
 - b) w Rocznicę ochrony następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
6. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia udzielana jest przez całą dobę, na terenie krajów całego świata.

OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§7

- Towarzystwo odmówi spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia, gdy Hospitalizacja lub Operacja chirurgiczna nastąpiła wskutek:
- a) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony znajdował się na pokładzie statku powietrznego i nie był pasażerem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - b) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, zamieszek, dobrowolnego i czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub rozruchach;
 - c) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - d) leczenia skutków spożycia alkoholu, pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażycia środka odurzającego, pobudzającego, halucynogennego, narkotyków lub leków, jeżeli nie zostały zalecone przez Lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia;
 - e) 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;
 - f) chorób wywołanych przez wirus HIV;
 - g) chorób psychicznych lub umysłowych, z uwzględnieniem depresji oraz bulimii i anoreksji;
 - h) jakichkolwiek wad wrodzonych oraz nabytych wad wzroku;
 - i) leczenia niepłodności i sterylizacji;
 - j) leczenia jakichkolwiek chorób lub kontynuacji leczenia następstw chorób rozpoznanych bądź leczonych w okresie poprzedzającym datę rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, niezależnie od przyczyn ich powstania;
 - k) usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności;
 - l) poddania się przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek 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 Okresie ochrony i niezależnie od woli Ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

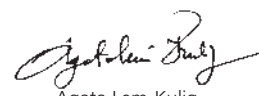
§8

1. W razie Hospitalizacji i/lub Operacji chirurgicznej Ubezpieczony jest obowiązany przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty:
 - a) wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Towarzystwa;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kartę informacyjną oraz kopię dokumentacji z leczenia szpitalnego;
 - d) kopię dokumentacji medycznej Choroby będącej przyczyną Hospitalizacji;
 - e) kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile Uposażeni są w ich posiadaniu, lub adres i nazwę placówki prowadzącej sprawę;
 - f) w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę.
2. W przypadku dostarczenia oryginałów dokumentacji wyszczególnionej w ust. 1 zostaną one zwrócone osobie uprawnionej po potwierdzeniu zgodności z oryginałem przez Towarzystwo. Kopie dokumentów wyszczególnionych w ust. 1 powinny być uwierzytelnione przez instytucje sporządzające dany dokument lub notariusza.
3. Jeżeli Hospitalizacja i/lub Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty wyszczególnione w ust. 1 pkt c) i d) powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt osoby uprawnionej do świadczenia.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do występowania z wnioskami do policji, prokuratury, sądów, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie w celu potwierdzenia diagnozy medycznej otrzymanej w przekazanej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej roszczenia. Koszt badań lekarskich ponosi Towarzystwo.
6. W razie Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku osoba uprawniona do Świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązana jest złożyć do Towarzystwa dokumenty, o których mowa w §11 OWU oraz:
 - a) kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile Uposażeni są w ich posiadaniu, lub adres i nazwę placówki prowadzącej sprawę;
 - b) w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę.

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

ZAŁĄCZNIK NR 1

LISTA OPERACJI CHIRURGICZNYCH OBJĘTYCH DODATKOWYM UBEZPIECZENIEM HOSPITALIZACJI LUB OPERACJI CHIRURGICZNEJ
SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE WARIANTU UBEZPIECZENIA I SUMY UBEZPIECZENIA UMIESZCZONE ZOSTAŁY W POLISIE

Kod	Traumatologia	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji (maksymalnie 100%)
T001	operacja naprawcza złamania podstawy czaszki	75%
T002	operacja naprawcza pęknięcia kości czaszki	75%
T003	ewakuacja krwiaka śródczaszkowego	25%
T004	zespolecie kręgow kręgosłupa – odcinek szyjny	100%
T005	odbarczenie złamania kręgosłupa w dowolnym odcinku	75%
T006	stabilizacja wewnętrzna złamania kręgosłupa	75%
T007	usunięcie wypadniętego dysku	25%
T008	zamknięte złamanie obręczy barkowej lub kończyny górnej ustabilizowane płytką i śrubami	50%
T009	złamanie kości udowej ustabilizowane płytką i śrubami	50%
T010	całkowita endoproteza z plastyką stawu biodrowego	75%
T011	złamanie kończyny dolnej poniżej kolana wymagające otwarcia i zespolecia	50%
T012	złamanie kończyny górnej z nastawieniem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym	25%
T013	operacyjne nastawienie złamania szczęki	10%
T014	operacyjne nastawienie złamania zuchwy	10%
T015	uraz dłoni wymagający naprawy ścięgien	10%
T016	plastyka oczodołu – operacja naprawcza	50%

CH024	zabiegi rekonstrukcyjne tętnic miednicy	100%
CH025	zabiegi rekonstrukcyjne tętnic kończyn dolnych	50%
CH026	operacja zszycia tętnicy obwodowej	10%
CH027	mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	25%

Kod	Urologia	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji (maksymalnie 100%)
U001	całkowite usunięcie pęcherza moczowego	100%
U002	częściowe usunięcie pęcherza moczowego	25%
U003	operacje endoskopowe układu moczowego wykonywane w celu usunięcia guza (guzów) pęcherza moczowego	25%
U004	usunięcie nerki	75%
U005	operacja naprawcza uszkodzeń mechanicznych nerki lub obu nerek	25%
U006	pourazowe usunięcie moczowodu	25%
U007	operacja naprawcza moczowodu	25%
U008	obustronne usunięcie jąder	25%
U009	usunięcie jądra	10%
U010	operacja wodniaka lub krwiaka jądra	10%
U011	usunięcie prostaty – gruczołu krokowego	25%
U012	pourazowa amputacja narządów płciowych zewnętrznych męskich	10%

Kod	Chirurgia	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji (maksymalnie 100%)
CH001	przeszczep nerki jako biorca	75%
CH002	przeszczep wątroby jako biorca	100%
CH003	częściowe wycięcie wątroby	100%
CH004	torbiel lub ropień wątroby wymagające operacyjnego usunięcia	50%
CH005	operacje naprawcze wątroby w wyniku urazu – zszycie	25%
CH006	cholecystektomia	50%
CH007	całkowite usunięcie trzustki	100%
CH008	wycięcie głowy trzustki	100%
CH009	częściowe wycięcie żołądka	25%
CH010	całkowite wycięcie żołądka	100%
CH011	całkowite wycięcie śledziony	25%
CH012	usunięcie grasicy	50%
CH013	strumektomia	50%
CH014	wycięcie odcinka jelita cienkiego	50%
CH015	wycięcie odcinka jelita grubego	75%
CH016	usunięcie wyrostka robaczkowego	25%
CH017	przepukliny brzuszne	50%
CH018	mastektomia	50%
CH019	rekonstrukcja piersi po mastektomii	50%
CH020	całkowite usunięcie płuca	100%
CH021	usunięcie jednego płata płuca	100%
CH022	operacja naprawcza pęknięcia przepony	50%
CH023	operacja pękniętego tętniaka aorty brzusznej wymagająca wszczepienia protezy	100%

Kod	Chirurgia cd. (Amputacje/replantacje)	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji (maksymalnie 100%)
A/R01	replantacja kończyny górnej po urazie	50%
A/R02	replantacja kończyny dolnej po urazie	50%
A/R03	pourazowa amputacja kończyny górnej lewej lub prawej powyżej stawu łokciowego	50%
A/R04	pourazowa amputacja kończyny górnej lewej lub prawej poniżej stawu łokciowego	25%
A/R05	pourazowa amputacja kończyny dolnej lewej lub prawej powyżej stawu kolanowego	50%
A/R06	amputacja stopy lewej lub prawej powyżej stawu skokowego	25%
A/R07	pourazowa amputacja kończyny dolnej lewej lub prawej poniżej stawu kolanowego	50%
A/R08	całkowita amputacja palucha dużego stopy lewej lub prawej	10%
A/R09	amputacja totalna palców stopy lewej lub prawej na wysokości stawu śródstopno-paliczkowego	10%
A/R10	amputacja dłoni lewej lub prawej	25%
A/R11	całkowita amputacja kciuka dłoni lewej lub prawej	10%
A/R12	amputacja min. 3 palców dłoni lewej lub prawej	10%
A/R13	amputacja całkowita nosa	25%

Kod	Ginekologia	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji (maksymalnie 100%)
G001	usunięcie obustronne jajników laparoskopowo	50%
G002	usunięcie obustronne jajników przez powłoki brzuszne	25%
G003	usunięcie macicy z przydatkami przez powłoki brzuszne	50%

G004	usunięcie macicy przez powłoki brzuszne bez przydatków	50%
G005	usunięcie macicy przezpochwowe	25%
G006	usunięcie szyjki macicy	25%
G007	operacja naprawcza krocza u kobiet – wypadanie macicy	25%

L005	plastyka małżowiny nosa – chirurgia odtwórcza po urazach	10%
L006	operacja plastyczna nosa po nieszczęśliwym wypadku	25%

Kod	Kardiochirurgia	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji (maksymalnie 100%)
K001	operacja naprawcza serca (zszycie mechanicznego uszkodzenia mięśnia sercowego)	100%
K002	przeszczep serca jako biorca	100%
K003	operacja naprawcza tętnicy płucnej	100%
K004	operacja naprawcza aorty	100%
K005	operacja rozwarstwiającego się tętniaka aorty wstępującej	100%
K006	wymiana zastawki mitralnej z powodu chorób nabytych	100%
K007	operacja pomostowania naczyń wieńcowych – by-pass	100%
K008	wszczepienie rozrusznika serca po raz pierwszy	50%

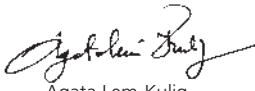
Kod	Inne	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji (maksymalnie 100%)
I001	cekostomia – wyłonienie kątnicy	10%
I002	ileostomia – przetoka jelita krętego po resekcji spowodowanej nowotworem złośliwym jelita	10%
I003	jejunostomia – przetoka jelita czczego po resekcji spowodowanej nowotworem złośliwym jelita	10%
I004	tracheostomia wykonana niezależnie od przyczyn	10%
I005	drenaż osierdzia	10%
I006	drenaż opłucnej	10%

Kod	Laryngologia	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji (maksymalnie 100%)
L001	usunięcie krtani z powodu nowotworu złośliwego	50%
L002	radykalna operacja ucha	25%
L003	operacja naprawcza błony bębenkowej	10%
L004	operacja usunięcia ślinianki przyusznej lub podżuchwowej	25%

Kod	Okulista	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Operacji (maksymalnie 100%)
O001	odklejenie siatkówki w początkowej fazie wymagające użycia lasera	25%
O002	enucleatio – usunięcie gałki ocznej	25%
O003	zszycie rogówki	10%
O004	usunięcie ciała obcego z gałki ocznej w znieczuleniu ogólnym	10%
O005	operacje mięśni oka	25%
O006	usunięcie zaćmy z wszczepieniem soczewki	10%
O007	wszczepienie protezy oka	25%

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku


 Łukasz Kalinowski
 Prezes Zarządu Towarzystwa


 Agata Lem-Kulig
 Członek Zarządu Towarzystwa

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

- Niniejsze Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie do Dodatkowego ubezpieczenia dotyczącego Poważnego zachorowania i stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie „MetLife Protection” (dalej OWU).
- Warunki i terminy określone w OWU stosują się także do niniejszych Ogólnych warunków Dodatkowego ubezpieczenia, jeśli te nie stanowią inaczej.

DEFINICJE

§2

W Ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- Dodatkowe ubezpieczenie** – Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek Poważnego zachorowania;
- Podstawowe ubezpieczenie** – Umowa ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna a Ubezpieczającym na podstawie OWU „MetLife Protection”;
- Poważne zachorowanie** – schorzenia lub procedury medyczne wymienione w §3, których objawy wystąpiły lub które przeprowadzono po 90 dniach od daty objęcia Ochroną ubezpieczeniową lub jej wznowienia bądź 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 dokumentacją medyczną;
- Suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku** – kwota określona w Polisie, wypłacana przez Towarzystwo w przypadku Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w okresie 90 dni od daty zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia;
- Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku** – Śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie 90 dni od daty zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia, na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
- Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota, określona w Polisie, wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczonemu w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku Poważnego zachorowania lub wypłacana osobie uprawnionej w razie Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Przedmiotem ubezpieczenia jest również życie Ubezpieczonego, w zakresie opisanym w ust. 3.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące przypadki Poważnych zachorowań:
 - 1) Operacja pomostowania naczyń wieńcowych**
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:
 - angioplastyka,
 - wszystkie inne wewnątrznaczyniowe techniki udrażniania naczyń.
 - 2) Niewydolność nerek**
Przewlekłe nieodwracalne upośledzenie czynności obu nerek, wymagające stałego, regularnego odbywania przez Ubezpieczonego dializy lub przeszczepu nerki.
 - 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:
 - zmiany opisywane jako raki in situ lub nieinwazyjne oraz stany przednowotworowe, obejmujące, ale nie ograniczone do: raka in situ gruczołu piersiowego, dysplazji nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,
 - nadmierne rogowacenie, podstawnokokomórkowe 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,
 - raki gruczołu krokowego opisywane w skali TNM jako T1a lub T1b albo raki gruczołu krokowego sklasyfikowane w innej skali o podobnym lub niższym zaawansowaniu; brodawkowaty rak tarczycy T1NOMO o średnicy mniejszej niż 1 cm; brodawkowaty mikro-rak pęcherza moczowego; przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 w skali RAI,
 - wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV.
 - 4) Przeszczepienie narządów**
Leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące:
 - przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych poprzedzone całkowitym zniszczeniem szpiku (abłacją),
 - 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 nie są objęte Ochroną ubezpieczeniową.
 - 5) Udar**
Nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej, krwawienie podpajęczne lub krwawienia do mózgu, zatory lub zakrzepy mózgowe.
Diagnoza musi być oparta na wymienionych poniżej kryteriach:
 - potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego utrzymujące się 3 miesiące po dokonanych incydencie mózgowym,
 - zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniu obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.
 Nie są objęte Ochroną ubezpieczeniową:
 - przemijające niedokrwienie mózgu,
 - odwracalny niedokrwienno-ubytok neurologiczny,
 - uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem, infekcją, zapaleniem naczyń, zapaleniem mózgu,
 - choroby naczyniowe dotyczące narządu wzroku (w tym nerwu wzrokowego),
 - zaburzenia niedokrwienne układu równowagi.
 - 6) Zawał mięśnia sercowego**
Oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia.
Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych sześciu kryteriach, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
 - stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
 - 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 Towarzystwo i wynikami obiektywnych badań diagnostycznych.

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w okresie 90 dni od daty zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia.

ZAWARCIE I WYPOWIEDZENIE DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA**§4**

- Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Dodatkowego ubezpieczenia ukończył 18 lat i nie ukończył 61. roku życia.
- Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte przy zawieraniu Podstawowego ubezpieczenia lub w Rocznicę ochrony.
- Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie zawierane jest na okres pięciu lat i jest automatycznie przedłużane na kolejne 5-letnie okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość Składki za to Dodatkowe ubezpieczenie i inne jego warunki mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za to Dodatkowe ubezpieczenie w wysokości zaoferowanej przez Towarzystwo, do końca Okresu prolongaty określonego w OWU, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie jest przedłużane. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków Dodatkowego ubezpieczenia nie będzie ono przedłużane i wygaśnie z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia Składka za to Dodatkowe ubezpieczenie. W przypadku zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie może być przedłużane, Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczającego w terminie nie później niż 45 dni przed datą, do której Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić kolejną Składkę za Podstawowe ubezpieczenie. Podwyższenie składki oraz świadczeń z tytułu indeksacji nie stanowi zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie może być przedłużane.
- Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może zostać wypowiedziane w każdej chwili ze skutkiem na najbliższą Rocznicę ochrony przypadającą bezpośrednio po dniu złożenia pisemnego wypowiedzenia do Towarzystwa, jednak nie zwalnia to Ubezpieczającego z opłacania Składki za Dodatkowe ubezpieczenie do dnia zakończenia Okresu ochrony spowodowanego wypowiedzeniem.
- W przypadku wypowiedzenia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczający traci prawo do ponownego zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania Okresu ochrony wynikającego z Podstawowego ubezpieczenia.

OKRES OCHRONY**§5**

- Okres ochrony z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie okresu karencji, tj. 90 dni od dnia zawarcia Dodatkowego ubezpieczenia.
- W okresie karencji, o której mowa w ust. 1, świadczona jest ochrona w zakresie Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w okresie 90 dni od daty zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia.
- Okres ochrony z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia kończy się w każdym przypadku zakończenia Podstawowego ubezpieczenia, a także:
 - w najbliższą Rocznicę ochrony następującą po dniu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia;
 - w Rocznicę ochrony następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia;
 - z dniem wypłaty świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania.

OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**§6**

Towarzystwo odmówi spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli Poważne zachorowanie powstało wskutek:

- leczenia skutków spożycia alkoholu, pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażycia środka odurzającego, pobudzającego, halucynogennego, narkotyków lub leków, jeżeli nie zostały zalecone przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia;
- choroby Ubezpieczonego wywołanej przez wirus HIV (w tym nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS);
- samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
- próby popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego;
- czynnego, dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub rozruchach;
- wad wrodzonych;
- zaniechania poddania się Ubezpieczonego opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
- jakąkolwiek chorobą, na którą Ubezpieczony zapadł przed zawarciem niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia, z wyłączeniem tych chorób, o których Towarzystwo zostało poinformowane na piśmie przed zawarciem niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia.

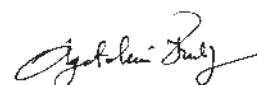
ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE**§7**

- W przypadku Poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie ubezpieczeniowe równe Sumie ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania w wysokości wskazanej w Polisie pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z Umowy ubezpieczenia. W przypadku Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w okresie 90 dni od daty zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu Świadczenie ubezpieczeniowe równe Sumie ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z Umowy ubezpieczenia. Wysokość tej Sumy ubezpieczenia jest określona w Polisie.
- Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania jest indeksowana, 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.
- Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania po upływie 30 dni od daty jego wystąpienia.
- W przypadku wystąpienia Poważnego zachorowania Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć do Towarzystwa następujące dokumenty:
 - wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Towarzystwa;
 - kopię dokumentu tożsamości; poświadczoną notarialnie lub przez upoważnioną osobę w siedzibie Towarzystwa albo jego uprawnionym przedstawicielstwie;
 - kartę informacyjną oraz kopię dokumentacji z leczenia szpitalnego;
 - kopię dokumentacji medycznej Choroby będącej przyczyną Hospitalizacji.
- W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć inne wskazane przez Towarzystwo dokumenty (w tym wyniki badań medycznych przeprowadzonych na życzenie i koszt Towarzystwa), które okazały się niezbędne do potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.
- W przypadku dostarczenia oryginałów dokumentacji wyszczególnionej w ust. 3 zostaną one zwrócone osobie uprawnionej po potwierdzeniu ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo.
- Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty wyszczególnione w ust. 3 pkt d)-e) powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt osoby uprawnionej do świadczenia.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do występowania z wnioskami do policji, prokuratury, sądów, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie w celu potwierdzenia diagnozy medycznej otrzymanej w przekazanej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej roszczenia. Koszt badań lekarskich ponosi Towarzystwo.
- W razie Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku osoba uprawniona do Świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązana jest złożyć do Towarzystwa dokumenty, o których mowa w §11 OWU oraz:
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile Uposażeni są w ich posiadaniu, lub adres i nazwę placówki prowadzącej sprawę;
 - w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę.

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku


Łukasz Kalinowski

Prezes Zarządu Towarzystwa


Agata Lem-Kulig

Čłonek Zarządu Towarzystwa

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

1. Niniejsze Ogólne warunki Dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie do Dodatkowego ubezpieczenia śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku i stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie „MetLife Protection” (dalej OWU).
2. Warunki i terminy określone w OWU stosują się także do niniejszych Ogólnych warunków Dodatkowego ubezpieczenia, jeśli te nie stanowią inaczej.

DEFINICJE

§2

W Ogólnych warunkach Dodatkowego ubezpieczenia śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Dodatkowe ubezpieczenie** – Dodatkowe ubezpieczenie śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
- 2) **Podstawowe ubezpieczenie** – Umowa ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna a Ubezpieczającym na podstawie OWU „MetLife Protection”;
- 3) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Towarzystwo osobie uprawnionej w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Śmierć Ubezpieczonego spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem, zdefiniowanym w §2 ust. 6 OWU Podstawowego 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 65. roku życia.
2. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może być zawarte przy zawieraniu Podstawowego ubezpieczenia lub w każdą Rocznicę ochrony.
3. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie zawierane jest na okres pięciu lat i jest automatycznie przedłużane na kolejne 5-letnie okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość Składki za to Dodatkowe ubezpieczenie i inne jego warunki mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za to Dodatkowe ubezpieczenie w wysokości zaofertowanej przez Towarzystwo, do końca Okresu prolongaty określonego w OWU, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie jest przedłużane. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków Dodatkowego ubezpieczenia nie będzie ono kontynuowane i wygaśnie z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia Składka za to Dodatkowe ubezpieczenie. W przypadku zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie może być przedłużane, Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczającego w terminie nie później niż 45 dni przed datą, do której Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić kolejną Składkę za Podstawowe ubezpieczenie. Podwyższenie Składki oraz świadczeń z tytułu indeksacji nie stanowi zmiany warunków, na jakich Dodatkowe ubezpieczenie może być przedłużane.
4. Niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie może zostać wypowiedziane w każdej chwili ze skutkiem na najbliższą Rocznicę ochrony przypadającą bezpośrednio po dniu złożenia pisemnego wypowiedzenia do Towarzystwa, jednak nie zwalnia to Ubezpieczającego z opłacania Składki za Dodatkowe ubezpieczenie do dnia zakończenia Okresu ochrony spowodowanego wypowiedzeniem.
5. W przypadku wypowiedzenia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczający traci prawo do ponownego zawarcia niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania Okresu ochrony wynikającego z Podstawowego ubezpieczenia.

OKRES OCHRONY

§5

1. Okres ochrony z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia rozpoczyna się na zasadach określonych w OWU Podstawowego ubezpieczenia lub w Rocznicę ochrony, w zależności od terminu zawarcia Dodatkowego ubezpieczenia.
2. Okres ochrony z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia kończy się w każdym przypadku zakończenia Podstawowego ubezpieczenia, a także:
 - a) w najbliższą Rocznicę ochrony następującą po dniu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia;
 - b) w Rocznicę ochrony następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70. roku życia.
3. Po upływie Okresu ochrony, zgodnie z ust. 2, Składka z tytułu niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia nie będzie należna.

OGRANICZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§6

Towarzystwo odmówi spełnienia Świadczenia z tytułu śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku, gdy Nieszczęśliwy wypadek lub zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek przyczyn wskazanych w §9 ust. 1 OWU Podstawowego ubezpieczenia, a także wskutek pozostawania pod wpływem alkoholu, środka odurzającego, pobudzającego, halucynogenego, narkotyków lub leków, jeżeli nie zostały zalecone przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE I JEGO WYPŁATA

§7

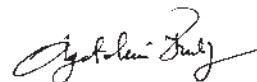
1. Towarzystwo wypłaci Uposażonemu Świadczenie ubezpieczeniowe równe Sumie ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku określonej w Polisie.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku jest indeksowana, jeżeli indeksowane jest Podstawowe ubezpieczenie. Indeksacja powyższych Sum ubezpieczenia jest realizowana poprzez podwyższenie Składki za niniejsze Dodatkowe ubezpieczenie. Zasady indeksacji określone są w Podstawowym ubezpieczeniu.
3. Warunkiem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego określonego w zdaniu poprzedzającym jest wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku i Śmierć Ubezpieczonego w Okresie ochrony, pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 90 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień §6 niniejszego Dodatkowego ubezpieczenia oraz §9 ust. 1 Podstawowego ubezpieczenia.

4. W razie Śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku osoba uprawniona do Świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązana jest złożyć do Towarzystwa dokumenty, o których mowa w §11 OWU oraz:
- a) kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile Uposażeni są w ich posiadaniu, lub adres i nazwę placówki prowadzącej sprawę;
 - b) w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę.

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
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: 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