

Superochrona

Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa oraz gwarancja opłacania składek na wypadek inwalidztwa NW



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* Ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa oraz gwarancji opłacania składek na wypadek inwalidztwa NW 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* wraz z Tabelą świadczeń jest częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). Niniejsza *umowa dodatkowa* obejmuje ochroną *Ubezpieczonego* oraz *Ubezpieczającego* wskazanych w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, którzy w dniu zawarcia niniejszej *umowy dodatkowej* ukończyli 18 rok życia, a nie ukończyli 71 roku życia i jest zawierana na wniosek *Ubezpieczającego*. Składkę należną z tytułu niniejszej *umowy dodatkowej* określa *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych *OWU* określenia oznaczają:

1. **całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczającego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – określone w Tabeli świadczeń 100% inwalidztwo *Ubezpieczającego* spowodowane fizycznymi obrażeniami jego ciała powstałymi w wyniku tego samego *nieszczęśliwego wypadku*, które uniemożliwia *Ubezpieczającemu* podejmowanie jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywanie jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie. Inwalidztwo to musi trwać nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy, licząc od dnia jego powstania i w świetle aktualnej wiedzy medycznej po zakończeniu tego okresu nadal pozostawać **całkowitym i trwałym inwalidztwem** nierokującym dalszej poprawy po zakończeniu okresu leczenia i rehabilitacji,
2. **gwarancja opłacania składek** – obowiązuje wyłącznie w przypadku **całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego wskutek nieszczęśliwego wypadku**,
3. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Ubezpieczającego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,

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



4. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
5. **trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – w skład którego wchodzi:
 - a) **całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego** – określone w Tabeli świadczeń 100% inwalidztwo *Ubezpieczonego* spowodowane fizycznymi obrażeniami jego ciała powstałymi w wyniku tego samego *nieszczęśliwego wypadku*, które uniemożliwia *Ubezpieczonemu* podejmowanie jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywanie jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie. Obrażenia, o których mowa powyżej, muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną całkowitego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*, muszą być stwierdzone w ciągu 180 dni od daty *nieszczęśliwego wypadku* oraz trwać przez 12 kolejnych miesięcy i w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie rokują dalszej poprawy po zakończeniu okresu leczenia i rehabilitacji,

- b) **częściowe i trwale inwalidztwo Ubezpieczonego** – określone w Tabeli świadczeń uszkodzenie ciała *Ubezpieczonego* powstałe w wyniku tego samego *nieszczęśliwego wypadku* polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny, zgodnie z warunkami niniejszej *umowy dodatkowej*. Obrażenia, o których mowa powyżej, muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*, muszą być stwierdzone w ciągu 180 dni od daty *nieszczęśliwego wypadku* oraz w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie rokują dalszej poprawy po zakończeniu okresu leczenia i rehabilitacji,

WYJAŚNIENIE: W przypadku straty części ciała, np. prawej dłoni, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości 60% sumy ubezpieczenia. W takiej sytuacji ocena trwałości inwalidztwa i wypłata świadczenia dokonywana jest przed zakończeniem procesu leczenia i rehabilitacji.



6. **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizację o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowaną na uzyskanie, przez osoby uczestniczące, optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla oraz quada.

ROZDZIAŁ II. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA I JEJ ZAKRES

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia *Ubezpieczonego* oraz *Ubezpieczającego*.

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



ARTYKUŁ 4. ZAKRES OCHRONY

- Zakres ochrony niniejszej *umowy dodatkowej* obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - *trwale (całkowite i częściowe) inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku* oraz
 - *gwarancję opłacania składek na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczającego wskutek nieszczęśliwego wypadku*.
- Trwale inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku**
 - W przypadku *całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu *trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku* pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z *Umowy*.
 - W przypadku *częściowego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie określone w Tabeli świadczeń jako procentowa wartość *sumy ubezpieczenia* z tytułu *trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku* pomniejszona o wymagalne wierzytelności wynikające z *Umowy*.
- Wysokość *sumy ubezpieczenia* z tytułu *trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku* wskazana jest w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
- Gwarancja opłacania składek**
Jeżeli *Ubezpieczający* dozna *całkowitego i trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku*, Towarzystwo zobowiązuje się przejąć na siebie obowiązek opłacania składek należnych z tytułu *umowy podstawowej*, o ile warunki tej *umowy* nie stanowią inaczej. *Całkowite i trwale 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 przypada po jego powstaniu, a kończy się nie później niż na *składce*, której termin płatności następuje bezpośrednio przed datą wygaśnięcia w stosunku do *Ubezpieczającego* ochrony z tytułu niniejszej *umowy dodatkowej*.
- Wypłata świadczenia z tytułu *trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku* oraz uznanie roszczenia z tytułu *gwarancji opłacania składek* nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa.
- Za całkowitą i nieodwracalną stratę funkcji narządu lub kończyny uważa się jej anatomiczną stratę powodującą trwałe inwalidztwo.
- Jeżeli wskutek *nieszczęśliwego wypadku* nastąpi częściowa strata funkcji narządu lub kończyny, procentowe wartości *sumy ubezpieczenia* wskazane w Tabeli świadczeń zostaną naliczone proporcjonalnie do stopnia ograniczenia czynności narządu lub kończyny.

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* oraz 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. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

ARTYKUŁ 6. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

- W celu ustalenia prawa *Ubezpieczonego* do otrzymania świadczenia lub prawa *Ubezpieczającego* z tytułu *gwarancji opłacania składek* niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów określonych poniżej:
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Ubezpieczającego*,
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie lekarza prowadzącego,
 - kopii dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie,
 - kopii protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Ubezpieczający* jest w ich posiadaniu, lub adres i nazwę placówki prowadzącej sprawę,
 - w przypadku wypadków w pracy – kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopii dokumentu tożsamości odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *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
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 50 70
- **korrespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Departament Roszczeń MetLife TUŹiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUŹiR S.A. przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Towarzystwa na terenie całego kraju



- Jeśli *nieszczęśliwy wypadek* odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Ubezpieczającego* miał miejsce poza granicami Polski, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.

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



3. *Towarzystwo* – po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia doręczy osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednio, 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 osoby zgłaszającej roszczenie do otrzymania świadczenia lub uznania roszczenia z tytułu niniejszej *umowy dodatkowej* oraz odpowiedzialności *Towarzystwa*.

WAŻNE: W przypadku trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego prosimy o możliwie szybkie powiadomienie *Towarzystwa* o zaistniałym wypadku. Natomiast w przypadku gwarancji opłacania składek *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.



4. W przypadkach uzasadnionych *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej odpowiednio przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz zasięgania dodatkowych opinii specjalistów.

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



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

ARTYKUŁ 7. BADANIE LEKARSKIE

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Ubezpieczającego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo* w celu potwierdzenia całkowitego i trwałego lub częściowego i trwałego inwalidztwa odpowiadającego warunkom niniejszej *umowy dodatkowej*. Odpowiednio *Ubezpieczony* lub *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*. Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej *umowy dodatkowej* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

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



ARTYKUŁ 8. ZAŚWIADCZENIE O CIĄGŁOŚCI INWALIDZTWA W PRZYPADKU GWARANCJI OPŁACANIA SKŁADEK

Niezależnie od uznania przez *Towarzystwo* dowodów potwierdzających powstanie całkowitego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczającego* w rozumieniu niniejszej *umowy dodatkowej* i przejęcia przez *Towarzystwo* obowiązku opłacania składek należnych z tytułu *umowy podstawowej*, *Ubezpieczający* ma obowiązek na żądanie *Towarzystwa* dostarczyć w wyznaczonym terminie (pod rygorem utraty prawa do świadczeń z tytułu gwarancji opłacania składek) 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*.

ARTYKUŁ 9. WARUNKI WYPŁATY ŚWIADCZENIA

- Jeśli *Ubezpieczony* udowodni swoją leworęczność, przy stracie lewego ramienia, lewej dłoni lub lewego przedramienia będą miały odpowiednie zastosowanie podane w Tabeli świadczeń, stanowiącej załącznik do niniejszej *umowy dodatkowej*, procentowe wartości sumy ubezpieczenia należne za stratę prawego ramienia, prawej dłoni lub prawego przedramienia.
- W przypadku zaistnienia u *Ubezpieczonego* obrażeń w obrębie kilku narządów lub kończyn *Towarzystwo* wypłaci świadczenie stanowiące sumę części sumy ubezpieczenia odpowiadających poszczególnym narządom lub kończynom, jednak nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego* określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Jeśli częściowe i trwałe inwalidztwo *Ubezpieczonego* jest spowodowane uszkodzeniem ciała niewymienionym w Tabeli świadczeń, stanowiącej załącznik do niniejszej *umowy dodatkowej*, ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”, która jest dostępna w biurze głównym *Towarzystwa*, jego upoważnionych przedstawicielstwach, a także na stronie internetowej *Towarzystwa*. Tabele, o których mowa w niniejszym punkcie, stanowią integralną część niniejszej *umowy dodatkowej*.
- Świadczenie zostanie wypłacone po okresie pełnej rekonwalescencji i potwierdzeniu trwałego charakteru uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny *Ubezpieczonego* świadczenie zostanie zmniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.
- W przypadku wypłaty świadczenia na podstawie roszczenia z tytułu częściowego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego* *Towarzystwo* może nie wyrazić zgody na kontynuację niniejszej *umowy dodatkowej* na dotychczasowych warunkach, jeżeli zmiana stanu zdrowia *Ubezpieczonego* ma znaczny wpływ na ryzyko objęte niniejszą *umową dodatkową*.
- W żadnym przypadku łączna suma wszystkich świadczeń wypłaconych z tytułu trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego* nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tego tytułu, włączając świadczenia już wypłacone. W przypadku więcej niż jednego uszkodzenia ciała świadczenie wypłacone zgodnie z artykułem 4 punktem 2 nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego* zostanie pomniejszone o kwoty wypłacone wcześniej lub należne – zgodnie z warunkami niniejszej *umowy dodatkowej* – z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku.

PRZYKŁAD: Jeżeli w tym samym nieszczęśliwym wypadku doszło do różnych obrażeń ciała i nastąpiła strata stopy (przynana wartość procentowa sumy ubezpieczenia w wysokości 45%) oraz usztywnienie stawu biodrowego (przynana wartość procentowa sumy ubezpieczenia w wysokości 40%), *Towarzystwo* wypłaci świadczenie za obydwie obrażenia – w sumie 85% sumy ubezpieczenia. Ochrona z tytułu trwałego inwalidztwa NW trwa nadal, aż do pełnej wypłaty 100% sumy ubezpieczenia z tego tytułu. Oznacza to, że jeśli w przyszłości nastąpi kolejny wypadek skutkujący inwalidztwem powyżej 15% sumy ubezpieczenia – *Towarzystwo* wypłaci maksymalnie 15% sumy ubezpieczenia.



- Wypłata oraz uznanie świadczeń z tytułu niniejszej *umowy dodatkowej* zostaną dokonane pod warunkiem, że:
 - nieszczęśliwy wypadek nastąpił w czasie obowiązywania *Umowy* i
 - nieszczęśliwy wypadek odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Ubezpieczającego* nastąpił przed rocznicą *Umowy*, następującą bezpośrednio po 75 urodzinach odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Ubezpieczającego*, i
 - wszystkie składki należne z tytułu *Umowy* zostały w całości opłacone.
- Wysokość świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego* jest obliczana w oparciu o sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ V. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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



ARTYKUŁ 10. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Wypłata świadczenia oraz uznanie roszczenia nie zostaną dokonane, jeżeli obrażenia fizyczne odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Ubezpieczającego* powstały:

- w wyniku choroby, ułomności fizycznej lub psychicznej oraz medycznych lub chirurgicznych skutków jej leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgoszyku, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),

- b) na skutek wypadku wynikłego z faktu pozostawiania odpowiednio przez *Ubezpieczonego* lub *Ubezpieczającego* w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- c) w wyniku jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
- d) na skutek uczestnictwa w *zawodach z użyciem pojazdów kołowych*, koni, łodzi lub nart wodnych,
- e) jako skutek samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę przez osobę trzecią, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
- f) na skutek zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- g) w wyniku podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*,
- h) w wyniku wojny, powstania, zamieszek, strajków, rozruchów społecznych albo w wyniku obrażeń odniesionych w czasie działania niezgodnego z prawem, albo stawiania oporu w trakcie zatrzymania lub aresztowania,
- i) w wyniku pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy w charakterze członka Ochotniczej Straży Pożarnej, strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej.

ROZDZIAŁ VI. WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

ARTYKUŁ 11. WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Niniejsza *umowa dodatkowa* jest zawarta na okres, za który *Ubezpieczający* opłacił składkę oraz następujący po nim okres karencji określony w *umowie podstawowej*.
2. Niniejsza *umowa dodatkowa* może być kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za tę *umowę dodatkową* i inne warunki tej *umowy dodatkowej* mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
3. Opłacenie przez *Ubezpieczającego* składki za *umowę dodatkową* do końca okresu karencji określonego w warunkach *umowy podstawowej*, w wysokości zaoferowanej przez *Towarzystwo*, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *umowa dodatkowa* jest kontynuowana.
4. W przypadku niezaakceptowania przez *Ubezpieczającego* zmienionych warunków *umowy dodatkowej* *umowa* ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem okresu karencji.
5. W przypadku zmiany warunków, na jakich *umowa dodatkowa* może być kontynuowana, *Towarzystwo* powiadamia o tym *Ubezpieczającego* w terminie nie później niż 45 dni przed datą, do której *Ubezpieczający* jest zobowiązany opłacić kolejną składkę za *umowę podstawową*.
6. Podwyższenie składki oraz świadczeń z tytułu indeksacji nie stanowi zmiany warunków, na jakich *umowa dodatkowa* może być kontynuowana.
7. Ochrona z tytułu niniejszej *umowy dodatkowej* wygasa w *rocznicę Umowy*, następującą bezpośrednio po 75 urodzinach odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Ubezpieczającego*, niezależnie od tego, czy *umowa podstawowa* pozostaje w mocy po tym terminie.
8. Niniejsza *umowa dodatkowa* może być rozwiązana przez *Ubezpieczającego* w dowolnym momencie jej trwania. Rozwiązanie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym Ubezpieczającego*. Rozwiązanie niniejszej *umowy dodatkowej* jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
9. Niniejsza *umowa dodatkowa* wygasa z mocy niniejszego postanowienia, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z poniższych przypadków:
 - a) którakolwiek *składka* z tytułu *Umowy* nie została opłacona do końca okresu karencji przewidzianego w *Umowie*, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia *składki*,
 - b) *umowa podstawowa* wygasa,
 - c) w przypadku całkowitego wykupu *umowy podstawowej* przez *Ubezpieczającego*,
 - d) w przypadku śmierci odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Ubezpieczającego*,
 - e) z dniem otrzymania przez *Towarzystwo* wniosku o zmianę *Ubezpieczającego* za jego życia,
 - f) odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Ubezpieczający* został w trakcie trwania niniejszej *umowy dodatkowej* uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu niepoczytalności. Przez niepoczytalność rozumie się utratę odpowiedzialności kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzoną prawomocnym orzeczeniem sądu,
 - g) odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Ubezpieczający* wstąpił lub został powołany do lądowych, powietrznych lub morskich sił zbrojnych albo do oddziałów pomocniczych lub cywilnych działających w strukturach armii jakiegokolwiek kraju będącego w stanie wojny – z dniem wybuchu lub ogłoszenia stanu wojny.

W przypadkach opisanych w punktach 7 oraz 9 d), e), f) i g) powyżej ochrona z tytułu niniejszej *umowy dodatkowej* wygasa wyłącznie w stosunku do osoby, której dotyczy zdarzenia powodujące wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.

W przypadkach opisanych w punktach 9 f) i g) powyżej *Towarzystwo* zwróci część *składki* za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do osoby, której dotyczy zdarzenia powodujące wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.

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 12. INDEKSACJA

1. *Towarzystwo* może zaproponować w *rocznicę Umowy* podwyższenie składki oraz *sum ubezpieczenia* z tytułu niniejszej *umowy dodatkowej* o wskaźnik indeksacji określony w warunkach *umowy podstawowej*.
2. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do zawieszenia lub odmowy indeksacji w stosunku do całości lub części swojego portfela ubezpieczeniowego w dowolnym roku obrotowym w przypadku stwierdzenia ryzyka ubezpieczeniowego większego niż standardowe w dniu zawarcia *Umowy* lub w przypadku braku ekonomicznego uzasadnienia stosowania indeksacji ze względu na niski wskaźnik inflacji, lub zaproponowania indeksacji na warunkach odmiennych.
3. Postanowienia *umowy podstawowej* dotyczące indeksacji mają zastosowanie do niniejszej *umowy dodatkowej*, za wyjątkiem pomniejszenia indeksowanej składki o opłatę stałą *umowy podstawowej*.
4. *Umowa dodatkowa* może być indeksowana wtedy i tylko wtedy, gdy indeksowana jest *umowa podstawowa*.

ARTYKUŁ 13. UMOWA DODATKOWA JAKO CZĘŚĆ UMOWY

Warunki *umowy podstawowej*, oprócz postanowień dotyczących samobójstwa i możliwości postępowania w przypadku zaprzestania opłacania *składek* (wykup i ubezpieczenie bezskładkowe), odnoszą się również do niniejszej *umowy dodatkowej*, z następującymi wyjątkami:

- a) niezależnie od postanowienia o niepodważalności *Umowy Towarzystwo* może uzależnić wypłatę świadczenia lub uznanie roszczenia wynikających z niniejszej *umowy dodatkowej* od przedstawienia dowodu, że inwalidztwo nastąpiło wskutek *niez szczęśliwego wypadku*,
- b) bez względu na postanowienia *umowy podstawowej* dotyczące wieku odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Ubezpieczającego* zawarcie niniejszej *umowy dodatkowej* po ukończeniu odpowiednio przez *Ubezpieczonego* lub *Ubezpieczającego* 71 roku życia jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań *Towarzystwa*, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych składek,
- c) ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej *umowy dodatkowej* może być wznowiona w oparciu o zasady określone w warunkach *umowy podstawowej* tylko wtedy, gdy ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy podstawowej* została wznowiona,
- d) niniejsza *umowa dodatkowa* nie upoważnia do premii nadzwyczajnej/udziału w zysku,
- e) w czasie trwania inwalidztwa *Ubezpieczającego* nie można dokonywać żadnych zmian *Umowy* ani trybu opłacania *składek* – zapis ten odnosi się wyłącznie do świadczenia opisanego w artykule 4 punkcie 5.

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



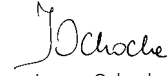
ARTYKUŁ 14. ZACHOWANIE ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU UMOWY PODSTAWOWEJ

Przejęcie przez *Towarzystwo* obowiązku opłacania składek nie powoduje zmniejszenia wypłat należnych z tytułu postanowień *umowy podstawowej*. Wszelkie kwoty zagwarantowane w *umowie podstawowej* będą takie same jak w przypadku, gdyby wszystkie *składki* opłacane przez *Towarzystwo* zostały opłacone przez *Ubezpieczającego*.

Warszawa, dnia 15 maja 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Iwona Ochocka
Członek Zarządu Towarzystwa

