

MetLife Gwarantowana Ochrona



W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o ubezpieczeniu **Indywidualne ubezpieczenie na życie i dożycie z ochroną na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa MetLife Gwarantowana Ochrona**. Karta Produktu nie jest częścią umowy ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie oraz pomóc klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza z **Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia (OWU)**, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu. Pojęcia pisane dużą literą mają znaczenie określone w OWU.

Jeśli cechy produktu zawarte w niniejszej Karcie są niezrozumiałe lub dopasowanie produktu do potrzeb budzi wątpliwość, warto skorzystać z usług pośrednika ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy ubezpieczenia (Umowa).

W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Towarzystwo, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje dotyczące Umowy na piśmie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

PODSTAWOWE DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczony

Osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest chronione. Ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy podstawowej zostaje objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku ukończył 18. rok życia i nie ukończył 61. roku życia.

W ramach umów dodatkowych ochroną ubezpieczeniową może być objęty również Wspólubezpieczony – osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest chronione, która w dniu podpisania wniosku ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia.

2. Ubezpieczający

Ubezpieczającym może być osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Towarzystwem Umowę.

Ubezpieczający będący jednocześnie Ubezpieczonym może zawrzeć umowę dodatkową Czasowe przejęcie obowiązku opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania Ochrona Bez Zmian.

3. Towarzystwo

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie.

4. Typ i charakter umowy ubezpieczenia

Indywidualna umowa ubezpieczenia o charakterze ochronno-oszczędnościowym.

5. Zakres ubezpieczenia

Podstawowe ubezpieczenie obejmuje ochronę Ubezpieczonego w zakresie:

- dożycia przez Ubezpieczonego do daty wygaśnięcia Umowy, która będzie wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia;
- śmierci Ubezpieczonego;
- całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, które oznacza niezdolność do pracy w przypadku Ubezpieczonego, który w dniu powstania całkowitego i trwałego inwalidztwa nie ukończył 65. roku życia i nie posiada prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu Ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 1440 j.t. z późn. zm.), w pozostałych przypadkach całkowite i trwałe inwalidztwo oznacza niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Niezdolność do pracy – oznacza niezdolność do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie z powodu uszkodzenia ciała lub choroby, trwająca nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy, licząc od dnia jej powstania i po zakończeniu tego okresu pozostająca całkowitą i trwałą.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji – stan potwierdzony przez lekarza, trwający nieprzerwanie przez co najmniej 180 dni, polegający na niezdolności do samodzielnego (bez pomocy drugiej osoby) wykonywania co najmniej czterech z poniższych czynności życia codziennego:

- a) korzystanie z toalety,
- b) mycie się, czyli wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej (rozumiane jako kąpiel w wannie lub pod prysznicem),
- c) spożywanie przygotowanych posiłków,
- d) przechodzenie z łóżka na wózek lub krzesło i z powrotem,
- e) przemieszczanie się, czyli umiejętność samodzielnego poruszania się na jednym poziomie po powierzchni płaskiej, także przy wykorzystaniu laski, chodzika,
- f) ubieranie i rozbieranie się.

Niezależnie od powyższych postanowień dla celów Umowy za niezdolność do pracy lub niezdolność do samodzielnej egzystencji uznaje się całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w obu oczach lub utratę co najmniej dwóch kończyn (co najmniej dwóch stóp lub stopy i dłoni bądź dwóch dłoni), lub paraliż co najmniej dwóch kończyn, będące skutkiem NW lub choroby.

Dodatkowe ubezpieczenia (każde z poniższych ubezpieczeń może, lecz nie musi, być wybrane przez Ubezpieczającego) obejmują ochroną:

Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w następującym zakresie:

- a) śmierć;
- b) diagnoza nowotworu;
- c) trwałe inwalidztwo wskutek NW oraz trwałe min. 50% inwalidztwo wskutek NW;
- d) śmierć wskutek NW oraz wskutek NW komunikacyjnego.

Ubezpieczającego będącego jednocześnie Ubezpieczonym w następującym zakresie:

przejęcie na okres do 2 lat kalendarzowych obowiązku opłacania składek na wypadek wystąpienia któregokolwiek z wymienionych poważnych zachorowań:

- nowotwór złośliwy,
- operacja aorty,
- operacja pomostowania aortalno-wieńcowego,
- operacja zastawek serca,
- udar mózgu,
- zawał mięśnia sercowego,
- angioplastyka naczyń wieńcowych.

Prosimy o zapoznanie się z definicjami poważnych zachorowań opisanymi w OWU i zwrócenie szczególnej uwagi, które przypadki nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

Nowotwór złośliwy – niekontrolowany wzrost oraz rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki, którego diagnoza została potwierdzona w badaniu histopatologicznym przeprowadzonym przez lekarza patomorfologa lub anatomopatologa. Nowotwór złośliwy obejmuje zdiagnozowanie nowotworu oznaczonego zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 kodami od C00 do C97 oraz D45, z wyłączeniem C44.

Operacja aorty – przebiecie operacji tętniaka aorty, zwężenia, niedrożności lub rozwarstwienia aorty z dostępu przez otwarcie klatki piersiowej lub brzucha. Pod pojęciem „aorta” rozumie się jej odcinek piersiowy i brzuszny, z wyłączeniem jej odgałęzień.

Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego – operacja mająca na celu korekcję zwężenia / niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wytworzenie przepływów omijających (by-pass) przy użyciu przeszczepów naczyniowych.

Operacja zastawek serca – operacja serca polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń, zabiegów rekonstrukcji nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych ani operacji wad wrodzonych.

Udar mózgu – nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwałe następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się 6 tygodni lub dłużej, wywołany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej albo rezonansu magnetycznego.

Za trwałe następstwa i objawy neurologiczne uważa się:

- porażenia i niedowłady kończyn,
- zespoły pozapiramidowe i mózdkowe,
- padaczkę poudarową,
- zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego,
- uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych,
- zaburzenia mowy,
- encefalopatie – zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu. Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym oraz udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej albo rezonansu magnetycznego.

Za udar mózgu nie uważa się natomiast:

- przejściowego niedokrwienia mózgu (TIA),
- przedłużonych (do 6 tygodni) odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),
- objawów mózgowych spowodowanych migreną,
- zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,
- uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),
- uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),
- udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
- skutków choroby dekompresyjnej.

Świeży zawał mięśnia sercowego – martwica części mięśnia sercowego spowodowana jego niedokrwieniem, potwierdzona jednoznacznie w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego jako wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność któregośkolwiek z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- objawy kliniczne niedokrwienia,
- zmiany w EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
- nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości lub nowy ubytek żywego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych.

Termin świeży zawał serca nie obejmuje martwicy komórek mięśnia sercowego zaistniałej w przeszłości, a rozpoznanej w czasie późniejszym, jak również schorzeń/zabiegów przebiegających ze zmianami stężenia troponiny: uszkodzenia mechanicznego, niewydolności nerek, niewydolności serca, kardiowersji, ablacji, sepsy, zapalenia mięśnia sercowego lub guzów naciekających serce.

Angioplastyka naczyń wieńcowych – leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu przezskórnego poszerzenia tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów wprowadzonych do naczynia.

6. Początek ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty wejścia w życie Umowy, pod warunkiem zawarcia Umowy. Data wejścia w życie Umowy jest datą wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia i od tej daty Ubezpieczony jest chroniony. Natomiast datą zawarcia Umowy jest data odebrania Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.

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

7. Koniec ochrony ubezpieczeniowej

Podstawowa umowa

- Umowa zawierana jest na czas określony nie krótszy niż 10 i nie dłuższy niż 30 lat, lecz nie dłużej niż do 75. roku życia Ubezpieczonego. Data wygaśnięcia Umowy zostanie wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Umowa wygasa w każdym z następujących przypadków:
 - w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - w dniu, kiedy powstał obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego;
 - z datą wygaśnięcia umowy podstawowej;
 - z dniem zrealizowania automatycznego wykupu Umowy;
 - z powodu nieopłacenia składki;
 - z dniem rozwiązania Umowy;
 - z dniem doręczenia do Towarzystwa skutecznego wniosku o wykup Umowy;
 - z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka w przypadku otrzymania skutecznego wniosku Ubezpieczającego, skutkującego obniżeniem składki do poziomu poniżej limitu określonego w artykule Opłacanie składek w OWU, o czym Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego przed dokonaniem zmiany. W przypadku, gdy Umowa posiada wartość wykupu, zostanie ona wypłacona zgodnie z postanowieniami OWU zawartymi w artykule Wykup Umowy.

8. Kontynuacja ubezpieczenia

Podstawowa umowa

Brak możliwości kontynuacji ubezpieczenia po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej.

Dodatkowe umowy poza Diagnostyką Nowotworu i Ochroną Życia:

- są zawierane na okres 5 lat oraz okres prolongaty określony w umowie podstawowej, następujący po 5-letnim okresie, i zostają automatycznie przedłużone na kolejne 5-letnie okresy,
- mogą być kontynuowane przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za te umowy dodatkowe i inne warunki tych umów dodatkowych mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.

W przypadku zmiany warunków, na jakich umowy dodatkowe mogą być kontynuowane, Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczającego nie później niż 45 dni przed datą zakończenia 5-letniego okresu, na jaki została zawarta dana umowa dodatkowa.

Opłacenie przez Ubezpieczającego składki za umowy dodatkowe do końca okresu prolongaty określonego w warunkach umowy podstawowej, następującego po 5-letnim okresie, w wysokości zaoferowanej przez Towarzystwo, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich umowy dodatkowe są kontynuowane. W przypadku niez zaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków umów dodatkowych umowy te nie będą kontynuowane i wygasną z końcem okresu prolongaty określonego w umowie podstawowej.

Dodatkowa umowa Diagnoza Nowotworu zawierana jest na okres 5 lat i zostaje automatycznie przedłużona na kolejne 5-letnie okresy. Może być kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za tę umowę dodatkową, wysokość sumy ubezpieczenia i inne warunki tej umowy dodatkowej mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego. W przypadku niez zaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków umowy dodatkowej umowa ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem 5-letniego okresu.

Dodatkowa umowa Ochrona Życia

Wysokość składek za umowę dodatkową Ochrona Życia jest stała przez cały okres obowiązywania umowy ubezpieczenia.

9. Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej

Umowa nie przewiduje wznowienia ochrony ubezpieczeniowej.

10. Świadczenia z tytułu ubezpieczenia i podmioty uprawnione do ich otrzymania

Z tytułu umowy podstawowej Towarzystwo wypłaci, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w OWU w rozdziale Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, jedno ze świadczeń wymienionych poniżej, którego obowiązek wypłaty powstał jako pierwszy:

- Ubezpieczonemu sumę ubezpieczenia na dożycie, jeżeli Ubezpieczony pozostaje przy życiu w dacie wygaśnięcia umowy podstawowej lub
- Uposażonemu sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi przed datą wygaśnięcia umowy podstawowej,
- Ubezpieczonemu sumę ubezpieczenia na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa, jeżeli w okresie obowiązywania Umowy Ubezpieczony dozna całkowitego i trwałego inwalidztwa,
- świadczenia określone w punktach b) i c) powyżej zostaną ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia obowiązującej odpowiednio w dniu śmierci Ubezpieczonego lub w dniu powstania u Ubezpieczonego całkowitego i trwałego inwalidztwa,
- jeżeli świadczenie z tytułu Umowy będzie wypłacane osobie będącej Ubezpieczającym, Towarzystwo pomniejszy wypłacaną kwotę o wymagalne wierzytelności wynikające z OWU.

Dodatkowe umowy

Ochrona Życia – Dodatkowe ubezpieczenie na życie

Towarzystwo wypłaci odpowiednio Uposażonemu Ubezpieczonego lub Uposażonemu Współubezpieczonego, w przypadku śmierci odpowiednio Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia.

Diagnoza Nowotworu – Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu

Świadczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu:

- w przypadku zdiagnozowania odpowiednio u Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego nowotworu wymienionego w Tabeli nowotworów Towarzystwo wypłaci odpowiednio Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu, z zastrzeżeniem podpunktu b) poniżej, świadczenie w wysokości całości lub części sumy ubezpieczenia, zgodnie z Tabelą nowotworów,
- świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli nowotwór został rozpoznany, procedury diagnostyczne mające na celu jego rozpoznanie zostały rozpoczęte, lub którego leczenie rozpoczęło się w okresie obowiązywania umowy dodatkowej, lecz nie wcześniej niż po upływie 90 dni od daty jej wejścia w życie,
- jeżeli nowotwór został rozpoznany, procedury diagnostyczne mające na celu jego rozpoznanie zostały rozpoczęte, lub którego leczenie rozpoczęło się po dacie wejścia w życie umowy dodatkowej i przed upływem 90 dni od tej daty, świadczenie będzie wynosić 110% składek zapłaconych z tytułu umowy dodatkowej do dnia zdiagnozowania nowotworu.

Świadczenie z tytułu zdiagnozowania nowotworu skóry (określonego w Tabeli nowotworów jako C44 i D04) zostanie wypłacone odpowiednio Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu tylko raz w okresie obowiązywania umowy dodatkowej.

Ochrona na Wszelki Wypadek – Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa NW wraz ze świadczeniem miesięcznym

Świadczenie na wypadek trwałego inwalidztwa wskutek NW:

- w przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa wskutek NW Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu sumę ubezpieczenia z tego tytułu,
- w przypadku częściowego i trwałego inwalidztwa wskutek NW Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu świadczenie obliczone w oparciu o sumę ubezpieczenia i procent inwalidztwa określony w Tabeli norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie zostanie wypłacone po okresie leczenia, zalecanej rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia inwalidztwa oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa. Miesięczne świadczenie na wypadek trwałego min. 50% inwalidztwa NW:

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu miesięczne świadczenie przez okres do 10 lat. Wysokość miesięcznego świadczenia z tytułu trwałego min. 50% inwalidztwa wskutek NW odpowiednio dla Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia z tego tytułu.

Podwojona Ochrona – Ubezpieczenie na wypadek śmierci wskutek NW oraz NW komunikacyjnego

Towarzystwo wypłaci odpowiednio Uposażonemu Ubezpieczonego lub Uposażonemu Współubezpieczonego z tytułu śmierci wskutek NW / NW komunikacyjnego odpowiednio Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tego tytułu.

Wypłata świadczenia z tytułu NW / NW komunikacyjnego zostanie dokonana osobie uprawnionej pod warunkiem, że:

- NW lub NW komunikacyjny Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego nastąpił w czasie obowiązywania Umowy oraz
- NW lub NW komunikacyjny Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego nastąpił przed rocznicą Umowy następującą bezpośrednio po 75. urodzinach Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, oraz
- wszystkie składki należne z tytułu Umowy zostały w całości opłacone zgodnie z OWU.

Ochrona Bez Zmian – Czasowe przejęcie obowiązku opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania

Świadczenie zostanie przyznane w przypadku wystąpienia u Ubezpieczającego jednego z poważnych zachorowań.

Przejęcie obowiązku opłacania składek następuje od najbliższego terminu wymagalności składki przypadającego po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i trwa do 2 lat kalendarzowych, liczonych od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo przejmie obowiązek opłacania składek jedynie w odniesieniu do składek obowiązujących na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Przejęcie obowiązku opłacania składek nastąpi pod warunkiem, że wszystkie składki należne do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zostaną opłacone przez Ubezpieczającego.

W przypadku, gdy poważne zachorowanie przypada w okresie ostatnich 2 lat obowiązywania Umowy ze składką roczną po uiszczeniu tej składki, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu część składki od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej będzie należne, jeżeli dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przypada w okresie obowiązywania umowy dodatkowej, lecz nie wcześniej niż po upływie 90 dni od daty wejścia w życie umowy dodatkowej.

Jeżeli dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przypada w okresie obowiązywania umowy dodatkowej, ale przed upływem 90 dni od daty wejścia w życie umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu świadczenie w wysokości 110% składek zapłaconych z tytułu umowy dodatkowej do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

11. Suma ubezpieczenia oraz składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz wysokość składki odpowiednio dla Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia. Sumy ubezpieczenia i składki wyrażone są w złotych.
2. Sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych
Podstawowa umowa
 - z tytułu: dożycia przez Ubezpieczonego do daty wygaśnięcia umowy, śmierci Ubezpieczonego; całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego – minimalna suma 20 000 zł.Dodatkowe umowy
 - z tytułu śmierci – minimalna suma 10 000 zł,
 - z tytułu diagnozy nowotworu – minimalna suma 10 000 zł – maksymalna suma 300 000 zł,
 - z tytułu trwałego inwalidztwa wskutek NW oraz trwałego min. 50% inwalidztwa wskutek NW – minimalna suma 10 000 zł – maksymalna suma to 10-krotność sumy ubezpieczenia z umowy podstawowej,
 - z tytułu śmierci wskutek NW oraz wskutek NW komunikacyjnego – minimalna suma 10 000 zł.
3. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa i okresów odroczenia odpowiedzialności, okresu ubezpieczenia, wyniku indywidualnej oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego osoby, która ma być objęta ochroną ubezpieczeniową, w tym wieku oraz wykonywanej pracy, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
4. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w trybie rocznym lub miesięcznym. Minimalna składka za umowę podstawową i umowy dodatkowe wynosi 200 zł miesięcznie oraz 2 400 zł rocznie. Limity te zachowują ważność przez cały okres Umowy z wyłączeniem sytuacji, gdy wysokość składki zmienia się w przypadku wygaśnięcia którejkolwiek umowy dodatkowej na skutek:
 - a) powstania obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej lub
 - b) wygaśnięcia umowy dodatkowej z powodu wieku Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego wskazanego w OWU umowy dodatkowej, lub
 - c) śmierci Współubezpieczonego, lub
 - d) niezaakceptowania zmienionych warunków umowy dodatkowej po upływie 5-letniego okresu wskazanego w OWU umowy dodatkowej.
5. Umowa przewiduje indeksację składki i sum ubezpieczenia.

12. Opłata za duplikat Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia

W przypadku wystawienia duplikatu Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego pobierana jest opłata w wysokości 40 zł.

13. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Wypłata świadczeń z tytułu umowy dodatkowej Ochrona Życia – Dodatkowe ubezpieczenie na życie nie zostanie dokonana, jeżeli śmierć odpowiednio Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego powstała w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- b) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania.

Wypłata świadczeń z tytułu umowy dodatkowej Diagnoza Nowotworu – Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu nie zostanie dokonana, jeżeli nowotwór odpowiednio u Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego jest wynikiem:

- a) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności),
- b) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV, wszelkie guzy w badaniu histopatologicznym określone jako o granicznej złośliwości (borderline) oraz stany przednowotworowe: nadmierne rogowacenie nabłonka skóry, dysplazja nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3.

Wypłata świadczeń z tytułu umów dodatkowych:

Podwojona Ochrona – Ubezpieczenie na wypadek śmierci wskutek NW oraz NW komunikacyjnego

oraz

Ochrona na Wszelki Wypadek – Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa NW wraz ze świadczeniem miesięcznym nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego powstały w wyniku:

- a) choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyku, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
- b) wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- c) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
- d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- e) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- f) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
- g) pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
- h) wykonywania jednej z wymienionych czynności: sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
- i) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- j) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Świadczenia z tytułu umowy dodatkowej Ochrona Bez Zmian – Czasowe przejęcie obowiązku opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania nie zostanie uznane, jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczającego jest wynikiem choroby związanej z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość. Prosimy o zapoznanie się z definicjami poważnych zachorowań opisanymi w OWU i zwrócenie szczególnej uwagi, które przypadki nie są objęte ochroną ubezpieczeniową. Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV, wszelkie guzy w badaniu histopatologicznym określone jako o granicznej złośliwości (borderline) oraz stany przednowotworowe: nadmierne rogowacenie nabłonka skóry, dysplazja nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3.

Wypłata świadczeń z tytułu umowy podstawowej na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego nie zostanie dokonana, jeżeli całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego powstało w wyniku:

- a) alkoholizmu lub zespołu zależności alkoholowej (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, substancji toksycznych, a także nieszczęśliwego wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem wyżej wymienionych czynników,
- b) samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich.

Samobójstwo

W przypadku samobójstwa Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego (niezależnie od stanu jego poczytalności) w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia Umowy Towarzystwo wypłaci spadkobiercom Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego sumę zapłaconych składek z tytułu danej umowy. W sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest inną osobą niż Ubezpieczający, wskazana powyżej kwota zostanie wypłacona Ubezpieczającemu. W przypadku samobójstwa Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego po upływie dwóch lat od daty zawarcia Umowy Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

Zatajenie informacji

Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współubezpieczony podali dane niezgodne z prawdą lub zataili prawdę o okolicznościach, o które pytało Towarzystwo przy zawieraniu Umowy i okoliczności te pozostają w związku przyczynowym ze zgłoszonym zdarzeniem ubezpieczeniowym, Towarzystwo będzie wolne od odpowiedzialności, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa. Po upływie trzech lat od daty zawarcia Umowy Towarzystwo nie będzie mogło podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.

Ryzyko wojenne

Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, Towarzystwo ograniczy wypłatę świadczenia z tytułu umowy podstawowej do wysokości wartości wykupu.

14. Indeksacja

1. W rocznicę Umowy Towarzystwo dokonuje automatycznej indeksacji składki, o ile Ubezpieczający wyrazi na to zgodę przed zawarciem Umowy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Indeksacja składki powoduje podwyższenie sum ubezpieczenia i składki z tytułu Umowy, przy czym składka zostanie powiększona o wskaźnik indeksacji, natomiast nowa podwyższona suma ubezpieczenia jest kalkulowana w oparciu o wzrost składki, poziom ryzyka ubezpieczeniowego, aktualny wiek Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz okres, jaki pozostał do daty wygaśnięcia.

- Indeksacja dokonywana jest w oparciu o wskaźnik indeksacji, który będzie zatwierdzany każdego roku przez Zarząd Towarzystwa do dnia 30 września. Wskaźnik indeksacji będzie stosowany do Umów, których rocznica przypada w okresie pomiędzy dniem 1 grudnia danego roku a dniem 30 listopada następnego roku. Jeżeli wskaźnik inflacji jest mniejszy od 3%, wówczas wskaźnik indeksacji wynosi 3%. W przeciwnym wypadku wskaźnik indeksacji jest równy wskaźnikowi inflacji zaokrąglonemu do pełnego procenta w górę. Wskaźnik inflacji oznacza wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w okresie poprzedzających dwunastu miesięcy, tj. od 1 września poprzedniego roku do 31 sierpnia danego 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.
- Ostatnia automatyczna indeksacja składki zostanie dokonana w rocznicę Umowy przypadającą na datę nie późniejszą niż 4 lata przed datą wygaśnięcia Umowy wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Jeżeli Ubezpieczający nie wyraził zgody na automatyczną indeksację składki przed zawarciem Umowy, może on złożyć do Towarzystwa wniosek o wprowadzenie indeksacji składki w trakcie trwania Umowy, każdorazowo nie później niż na 30 dni przed dniem rocznicy Umowy, od której zmiana ta miałaby obowiązywać. Po zaakceptowaniu określonego wyżej wniosku Towarzystwo dokonuje automatycznej indeksacji składki w każdą rocznicę Umowy.
- Na 30 dni przed każdą rocznicą Umowy do Ubezpieczającego zostanie wysłany list informujący o nowych wartościach sumy ubezpieczenia, składki i wskaźnika indeksacji.
- Ubezpieczający może zrezygnować z indeksacji składki, składając do Towarzystwa stosowny wniosek o anulowanie indeksacji, każdorazowo nie później niż 14 dni przed rocznicą Umowy, od której zmiana ta miałaby obowiązywać.
- Indeksacja nie może być dokonywana w przypadku zmiany ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe oraz w trakcie zawieszenia opłacania składek lub w przypadku, gdy Towarzystwo przejęło obowiązek opłacania składki.

15. Odstąpienie/Rozwiązanie Umowy

Odstąpienie od umowy podstawowej

Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku, gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca, w terminie 7 dni od daty jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego Towarzystwu, podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym. W przypadku odstąpienia od Umowy Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą składkę, z zastrzeżeniem prawa potrącenia części składki za okres, w którym udzielana była ochrona ubezpieczeniowa.

Rozwiązanie umowy podstawowej

Ubezpieczający może w dowolnym momencie obowiązywania Umowy wypowiedzieć Umowę przez przysłanie do Towarzystwa pisemnego wniosku, podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym. W przypadku, gdy Umowa nie posiada wartości wykupu, rozwiązanie Umowy jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka i skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej.

W przypadku wypowiedzenia Umowy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość wykupu, jeżeli wypowiedzenie nastąpiło po pierwszej rocznicy Umowy i opłacone zostały wszystkie składki należne do tej rocznicy. Wartości wykupu na każdą rocznicę Umowy są określone w Umowie.

Rozwiązanie Umowy z powodu nieopłacenia składki

- Począwszy od drugiej należnej składki, Ubezpieczającemu, który nie opłaci składki w terminie wymagalności, przysługuje dodatkowa 60-dniowa prolongata terminu płatności (okres prolongaty), liczona od terminu wymagalności składki.
- W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w terminie wymagalności Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do opłacenia składki i poinformuje o skutkach jej nieopłacenia.
- Skutkiem nieopłacenia Umowy jest:
 - automatyczna zamiana na umowę bezskładkową, jeżeli Umowa posiada wartość wykupu oraz suma ubezpieczenia po zamianie będzie większa lub równa minimalnej sumie ubezpieczenia bezskładkowego, ustalonej przez Towarzystwo. Automatyczna zamiana Umowy na umowę bezskładkową zostanie przeprowadzona na zasadach opisanych w artykule 13 z upływem okresu prolongaty, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania, o którym mowa w punkcie 5,
 - automatyczny wykup Umowy, jeżeli Umowa posiada wartość wykupu, ale suma ubezpieczenia bezskładkowego byłaby niższa niż minimalna suma ubezpieczenia bezskładkowego, ustalona przez Towarzystwo. Umowa wygaśnie i automatyczny wykup Umowy zostanie dokonany z upływem okresu prolongaty, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość wykupu Umowy zgodnie z artykułem 23, naliczoną na dzień wygaśnięcia Umowy,
 - wygaśnięcie Umowy z upływem okresu prolongaty, jeśli Umowa nie spełnia żadnego z warunków opisanych w punkcie a) i b) powyżej.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

Ubezpieczający może odstąpić od umowy dodatkowej w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku, gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca, w terminie 7 dni od daty jej zawarcia, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

Każda z umów dodatkowych może być rozwiązana przez Ubezpieczającego w dowolnym momencie jej obowiązywania. Rozwiązanie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego Towarzystwu, podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym Ubezpieczającego. Rozwiązanie umowy dodatkowej jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.

16. Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego

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

- on-line – przez portal e-roszczenie (zgodnie z informacjami zawartymi na stronie internetowej Towarzystwa),
- poczta elektroniczna – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl,

- telefonicznie – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- korespondencyjnie – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa),
- osobiście – w biurze głównym MetLife TUnŻiR S.A. przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Towarzystwa na terenie całego kraju.

17. Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania reklamacji

Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może złożyć reklamację:

- pisemnie na adres Towarzystwa: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
- telefonicznie pod numerem +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- osobiście – w biurze głównym MetLife TUnŻiR S.A. przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej Towarzystwa.

Każda reklamacja rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.

W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje składającego reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.

„Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.

18. Opodatkowanie świadczeń

Wszelkie podatki związane z Umową powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa 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 Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2014 r. Nr 851, j.t. z późn. zm.).

Zasady opodatkowania mogą podlegać zmianom.