

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9014LC18 (OWU)

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	Art. 12
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 1 ust. 2, 7, 12, 19 Art. 10

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Znajdujące się w ramach w treści OWU komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści OWU. Pełnią jedynie funkcję informacyjną.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kwestie dotyczące bezpośrednio umowy ubezpieczenia, które są kluczowe według postanowień prawa.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.



PRZYKŁADY

Wyjaśniamy, jak w praktyce stosowane są postanowienia umowy ubezpieczenia i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy Ubezpieczenia.

Artykuł 1. Definicje

- Agent** – Aasa Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego jako agent ubezpieczeniowy w imieniu i na rzecz Towarzystwa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000411939.
- Aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej.
- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
- Dzień zawarcia Umowy o pożyczkę** – dzień udostępnienia Klientowi Kwoty pożyczki, rozumiane jako złożenie dyspozycji przelewu na rachunek Klienta lub wypłata gotówki.
- Elektroniczne oświadczenie woli** – składane drogą elektroniczną lub telefonicznie przez Ubezpieczającego oświadczenie woli zawarcia Umowy Ubezpieczenia w przypadku zawierania Umowy Ubezpieczenia bez składania własnoręcznych podpisów, zawierające wymaganą treść ustaloną przez Towarzystwo.
- Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat pożyczki sporządzony przez strony Umowy o pożyczkę w dniu jej zawarcia.
- Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
- Klient** – osoba fizyczna, także wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła Umowę o pożyczkę z Aasa Polska S.A.
- Kwota pożyczki** – wnioskowana przez Klienta kwota pożyczki udostępniona Klientowi przez Aasa Polska S.A. w sposób określony w Umowie o pożyczkę. Kwota pożyczki nie zawiera opłat i prowizji, a także Składki.
- Miesięczny okres rozliczeniowy** – okres, w trakcie którego Ubezpieczony jest objęty ochroną na podstawie Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU, za który opłacona jest Składka. Z zastrzeżeniem postanowień art. 3 OWU, pierwszy **Miesięczny okres rozliczeniowy** w przypadku wnioskowania o zawarcie Umowy Ubezpieczenia wraz z zawarciem Umowy o pożyczkę rozpoczyna się dnia następującego po dniu zawarcia Umowy o pożyczkę i trwa do dnia płatności zgodnie z Harmonogramem pierwszej raty z tytułu Umowy o pożyczkę. Drugi i kolejne **Miesięczne okresy rozliczeniowe** trwają do daty płatności zgodnie z Harmonogramem odpowiednio drugiej i kolejnych rat z tytułu Umowy o pożyczkę. W przypadku wnioskowania o zawarcie Umowy Ubezpieczenia po zawarciu Umowy o pożyczkę pierwszy **Miesięczny okres rozliczeniowy** rozpoczyna się dnia następującego po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, o którym mowa w art. 3 ust. 5 OWU i trwa do dnia płatności zgodnie z Harmonogramem najbliższej raty z tytułu Umowy o pożyczkę. Drugi i kolejne **Miesięczne okresy rozliczeniowe** trwają do daty płatności kolejnych rat zgodnie z Harmonogramem z tytułu Umowy o pożyczkę.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała.
- Poważna Choroba** – choroba lub schorzenie, o jakich mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1) – 4) OWU lub operacja zdefiniowana w art. 8 ust. 1 pkt 5) oraz 6) OWU.

- 13) **Przelew weryfikacyjny** – przelew na kwotę 1 zł (słownie: jeden złoty), dokonywany z rachunku bankowego Ubezpieczającego, potwierdzający jego tożsamość w procesie zawierania Umowy Ubezpieczenia w formie elektronicznej bez składania własnoręcznego podpisu. Wykonanie przez Ubezpieczającego przelewu jest jednoznaczne z akceptacją Umowy Ubezpieczenia.
- 14) **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia kierowane do Towarzystwa, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo lub jego działalności.
- 15) **Składka** – kwota określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu. Składka płatna jest w trybie miesięcznym.
- 16) **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Towarzystwo zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego (dalej także „SUU”).
- 17) **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 i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.



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

- 18) **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, 00-450, ul. Przemysłowa 26, wpisane do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 19) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej przychód lub wynagrodzenie, powstała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
- 20) **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty Składki.
- 21) **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
- 22) **Ubezpieczony** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
- 23) **Umowa o pożyczkę** – Umowa o pożyczkę gotówkową zawierana pomiędzy Klientem a Aasa Polska S.A.
- 24) **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, SUU oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Towarzystwa, załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną całość.
- 25) **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie lub w formie elektronicznej, przez Ubezpieczającego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (w tym z tytułu śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku). Jeśli Ubezpieczający nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka i dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.
- 26) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, stwierdzenie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizacja, Poważna Choroba.

Artykuł 2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej



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

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia:
Zakres Ubezpieczenia wskazany jest w SUU, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem Ubezpieczenia i obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) w ramach wariantu 1. – w przypadku Kwoty pożyczki do 2.500 (słownie: dwa tysiące pięćset) zł:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Hospitalizację Ubezpieczonego,
 - Poważną Chorobę Ubezpieczonego,
 - b) w ramach wariantu 2. – w przypadku Kwoty pożyczki od 2.501 (słownie: dwa tysiące pięćset jeden) zł i do 3.499 (słownie: trzy tysiące czterysta dziewięćdziesiąt dziewięć) zł:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Hospitalizację Ubezpieczonego,
 - Poważną Chorobę Ubezpieczonego,
 - c) w ramach wariantu 3. – w przypadku Kwoty pożyczki od 3.500 (słownie: trzy tysiące pięćset) zł i do 4.999 (słownie: cztery tysiące dziewięćset dziewięćdziesiąt dziewięć) zł:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Poważną Chorobę Ubezpieczonego,
 - d) w ramach wariantu 4. – w przypadku Kwoty pożyczki od 5.000 (słownie: pięć tysięcy) zł do 6.999 (słownie: sześć tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt dziewięć) zł:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Poważną Chorobę Ubezpieczonego,
 - e) w ramach wariantu 5. – w przypadku Kwoty pożyczki od 7.000 (słownie: siedem tysięcy) zł do 10.000 (słownie: dziesięć tysięcy) zł:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Poważną Chorobę Ubezpieczonego,
 - f) w ramach wariantu 6. – w przypadku Kwoty pożyczki od 10.001 (słownie: dziesięć tysięcy jeden) zł do 15.000 (słownie: piętnaście tysięcy) zł:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Poważną Chorobę Ubezpieczonego,
 - g) w ramach wariantu 7. – w przypadku Kwoty pożyczki od 15.001 (słownie: piętnaście tysięcy jeden) zł do 20.000 (słownie: dwadzieścia tysięcy) zł:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Poważną Chorobę Ubezpieczonego.

Artykuł 3. Zawarcie Umowy, okres odpowiedzialności Towarzystwa

1. Każdy Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli w dniu zawarcia Umowy o pożyczkę ukończył 18 lat, ale w dniu spłaty pożyczki zgodnie z Harmonogramem nie ukończy 75 lat, przy czym w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia do końca okresu spłaty pożyczki wg Harmonogramu nie może pozostać mniej niż 6 miesięcy.
2. Klient, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia Składki.
3. Z zastrzeżeniem warunków określonych w ust. 1 i 2 powyżej oraz ust. 8, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od:
 - a) dnia następującego po Dniu zawarcia Umowy o pożyczkę – w przypadku Ubezpieczającego wnoszącego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia przy zawarciu Umowy o pożyczkę albo
 - b) dnia następującego po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia – w przypadku Ubezpieczającego wnoszącego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia po zawarciu Umowy o pożyczkę.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa trwa, z zastrzeżeniem zdarzeń określonych w ust. 8, do dnia ostatecznej spłaty pożyczki udzielonej na podstawie Umowy pożyczki zgodnie z Harmonogramem, pod warunkiem opłacania Składki w trybie miesięcznym.
5. W zależności od sposobu zawierania Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta z chwilą:
 - a) doręczenia Ubezpieczającemu jednego egzemplarza SUU, podpisanego przez Ubezpieczającego i Agenta w imieniu Towarzystwa albo
 - b) złożenia Elektronicznego oświadczenia woli zawarcia Umowy Ubezpieczenia, albo
 - c) potwierdzenia realizacji Przelewu weryfikacyjnego.
6. Jeżeli treść SUU zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
7. W przypadku określonym w ust. 6 powyżej, jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od doręczenia SUU nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym ustępie.
8. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia z Klientem, który jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (zwaną dalej „PEP”) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu zgody przez Członka Zarządu Towarzystwa, kadre kierowniczą wyższego szczebla lub osobę upoważnioną przez Zarząd Towarzystwa.
9. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia w przypadku, gdy Ubezpieczający jest PEP, jest dzień następujący po dniu wyrażenia zgody na zawarcie Umowy Ubezpieczenia, o której mowa w pkt 8 powyżej, pod warunkiem opłacenia Składki przez Ubezpieczającego w terminie wymagalności.
10. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu wystąpienia pierwszego z określonych poniżej zdarzeń:
 - 1) z końcem Miesięcznego okresu rozliczeniowego, za który należna jest Składka, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat,
 - 2) z końcem Miesięcznego okresu rozliczeniowego, przypadającego po rozwiązaniu Umowy o pożyczkę,
 - 3) z końcem Miesięcznego okresu rozliczeniowego, w którym Umowa o pożyczkę została wypowiedziana przez Ubezpieczającego lub Aasa Polska S.A.,
 - 4) z końcem Miesięcznego okresu rozliczeniowego, w którym dokonano wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia,
 - 5) w dniu stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z art. 6,
 - 6) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 7) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa o pożyczkę,
 - 8) w przypadku nieopłacenia Składki – z upływem 7-dniowego okresu wskazanego przez Towarzystwo na wezwaniu do zapłaty zaległej Składki.

Artykuł 4. Świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie okresu Ubezpieczenia świadczenie wypłacane jest Uposażonemu:

- a) dla wariantu 1. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) Kwota pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszona o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 2.500 (słownie: dwa tysiące pięćset) zł,
- b) dla wariantu 2. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) Kwota pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszona o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 3.500 (słownie: trzy tysiące pięćset) zł,
- c) dla wariantu 3. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) Kwota pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszona o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) zł,
- d) dla wariantu 4. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) 65% Kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 4.550 (słownie: cztery tysiące pięćset pięćdziesiąt) zł,
- e) dla wariantu 5. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) 50% Kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) zł,
- f) dla wariantu 6. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) 33% Kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) zł,
- g) dla wariantu 7. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) 25% Kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) zł.

Artykuł 5. Świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

W przypadku śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w trakcie okresu Ubezpieczenia – Ubezpieczonego, który był objęty Ubezpieczeniem w ramach wariantów 1, 3, 4, 5, 6 i 7 – oprócz świadczenia z tytułu śmierci, o którym mowa w art. 4 powyżej, Uposażonemu wypłacane jest świadczenie w wysokości mniejszej z wartości:

- 1) dla wariantów 1, 3, 4, 5:

Kwota pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszona o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo

 - a) w przypadku wariantu 1. – kwota 2.500 (słownie: dwa tysiące pięćset) zł,
 - b) w przypadku wariantu 3. – kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) zł,
 - c) w przypadku wariantu 4. – kwota 7.000 (słownie: siedem tysięcy) zł,
 - d) w przypadku wariantu 5. – kwota 10.000 (słownie: dziesięć tysięcy) zł,
- 2) dla wariantów 6, 7:

150% Kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo

 - a) w przypadku wariantu 6. – kwota 22.500 (słownie: dwadzieścia dwa tysiące pięćset) zł,
 - b) w przypadku wariantu 7. – kwota 30.000 (słownie: trzydzieści tysięcy) zł.

Artykuł 6. Świadczenie w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości mniejszej z wartości:

Kwota pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszona o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo

 - a) w przypadku wariantu 1. – kwota 2.500 (słownie: dwa tysiące pięćset) zł,
 - b) w przypadku wariantu 2. – kwota 3.500 (słownie: trzy tysiące pięćset) zł,
 - c) w przypadku wariantu 3. – kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) zł,
 - d) w przypadku wariantu 4. – kwota 7.000 (słownie: siedem tysięcy) zł,
 - e) w przypadku wariantu 5. – kwota 10.000 (słownie: dziesięć tysięcy) zł,
 - f) w przypadku wariantu 6. – kwota 15.000 (słownie: piętnaście tysięcy) zł,
 - g) w przypadku wariantu 7. – kwota 20.000 (słownie: dwadzieścia tysięcy) zł.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, jest należne, jeżeli w dniu Nieszczęśliwego wypadku, powodującego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczony był objęty Ubezpieczeniem oraz był Aktywny zawodowo, z zastrzeżeniem przypadku określonego w ust. 3 poniżej.
3. W przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu Nieszczęśliwego wypadku, powodującego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli Aktywni zawodowo, za Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
 - całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - stracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej stracie mowy, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie obu nóg, lub
 - całkowitej stracie obu stóp, lub
 - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny dolnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).
4. Od daty Nieszczęśliwego wypadku do momentu uznania, iż spowodował on Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, jednak w przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w ust. 3 powyżej Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego zostaje stwierdzona z datą Nieszczęśliwego wypadku, a warunku dotyczącego upływu okresu 6 miesięcy nie stosuje się.

Artykuł 7. Świadczenie w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby

1. W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby świadczenie może zostać wypłacone Ubezpieczonemu pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba będące przyczyną Hospitalizacji wystąpiły w czasie trwania Ubezpieczenia.
2. Pierwsze świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu po nieprzerwanym 15-dobowym okresie Hospitalizacji, w wysokości najbliższej, przypadającej po 15. dobie Hospitalizacji, kwocie raty pożyczki, ustalonej zgodnie z Harmonogramem, pomniejszonej o Składki nieopłacone, należne do dnia rozpoczęcia Choroby lub wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Drugie i kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego płatne są od 16. doby Hospitalizacji za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dob nieprzerwanej Hospitalizacji, w wysokości raty pożyczki przypadającej w tym czasie, ustalonej zgodnie z Harmonogramem.
4. Świadczenie jest należne jedynie za okres Hospitalizacji, w trakcie którego Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem.
5. W ramach jednej Hospitalizacji Ubezpieczonego:
 - a) maksymalna liczba świadczeń, o których mowa w ust. 2 i 3, z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć 6,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć 3.000 (trzy tysiące) złotych.
6. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji będą uznawane za jedną Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 6 miesięcy.
7. W ramach wszystkich Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w trakcie trwania Ubezpieczenia:
 - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć 12,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć 6.000 (sześć tysięcy) złotych.

Artykuł 8. Świadczenie w przypadku Poważnej Choroby Ubezpieczonego

1. W rozumieniu OWU poniższe terminy oznaczają:
 - 1) nowotwór – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym),
 - 2) zawał mięśnia sercowego – martwica części mięśnia sercowego spowodowana jego niedokrwieniem, potwierdzona przez:
 - a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej trzech z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy kliniczne niedokrwienia,
 - zmiany w EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia (nowe zmiany odcinka ST-T lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa),
 - nowe patologiczne załamki Q w EKG,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości lub nowy ubytek żywego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych,
 - lub
 - b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI),
 - lub
 - c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym, w połączeniu z nowymi patologicznymi załawkami Q lub nowym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa w badaniu EKG, bądź z udokumentowaną angiograficznie niedrożnością nowego pomostu wieńcowego lub własnej tętnicy wieńcowej.
 Termin świeży zawał serca nie obejmuje śmierci 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,
 - 3) niewydolność nerek – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek / dializy otrzewnowej, hemodializy / lub przebyciem przeszczepu nerki,
 - 4) udar mózgu – nagły epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały ubytek neurologiczny, w tym:
 - a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - c) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego.
 Uznanie powyższej jednostki chorobowej wymaga udokumentowania trwałych następstw neurologicznych. Wykluczone zostały przypadki przemijającego niedokrwienia mózgu,
 - 5) choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego – przebycie w następstwie objawów duszniczej bolesnej operacji serca z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów omijających (by-pass) z użyciem pomostów naczyniowych z żyły odpiszczelowej lub sutkowej wewnętrznej, z wyłączeniem przezskórnej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych (w tym technik laserowych). Uznanie roszczenia wymaga udokumentowania / rozpoznania choroby podstawowej wynikami badań angiograficznych,
 - 6) przeszczepienie narządów – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące:
 - przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych, poprzedzony całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją),
 - 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 są wykluczone.
2. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Poważnej Choroby Ubezpieczonego w trakcie okresu Ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu następujące świadczenie:

- a) dla wariantu 1. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) Kwota pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszona o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 2.500 (słownie: dwa tysiące pięćset) zł,
 - b) dla wariantu 2. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) Kwota pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszona o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 3.500 (słownie: trzy tysiące pięćset) zł,
 - c) dla wariantu 3. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) Kwota pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszona o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) zł,
 - d) dla wariantu 4. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) 65% Kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 4.550 (słownie: cztery tysiące pięćset pięćdziesiąt) zł,
 - e) dla wariantu 5. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) 50% Kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) zł,
 - f) dla wariantu 6. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) 33% Kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) zł,
 - g) dla wariantu 7. – w wysokości mniejszej z wartości:
 - i) 25% Kwoty pożyczki zgodnie z pierwotną Umową o pożyczkę, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia albo
 - ii) kwota 5.000 (słownie: pięć tysięcy) zł.
3. Świadczenie z tytułu Poważnej Choroby zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy jednej z Poważnych Chorób określonych w ust. 1 pkt 1) – 4) niniejszego artykułu wystąpią lub zakończenie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w ust. 1 pkt 5) lub 6) niniejszego artykułu nastąpi po raz pierwszy nie wcześniej niż po upływie 30 dni od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie obejmującym Poważną Chorobę.
4. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Poważnej Choroby Towarzystwo wypłaci świadczenie pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu co najmniej 30 dni od daty rozpoznania jednej z Poważnych Chorób określonych w ust. 1 pkt 1) – 4) niniejszego artykułu lub Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu co najmniej 30 dni od daty zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w ust. 1 pkt 5) lub 6) niniejszego artykułu.

Artykuł 9. Opłacanie Składek

1. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest przez Ubezpieczającego miesięcznie w dniu, w którym przypada zapłata raty pożyczki zgodnie z terminem wskazanym w Harmonogramie, z dołu, za Miesięczny okres rozliczeniowy. Składka obliczana jest jako iloczyn łącznej stawki ubezpieczeniowej określonej w SUU oraz Kwoty pożyczki.
2. Wysokość Składki jest ustalana przez Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu Ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonego, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia.
3. Wysokość Składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona w SUU.
4. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki w terminie wymagalności Towarzystwo za pośrednictwem Agenta wezwie Ubezpieczającego do opłacenia Składki pod rygorem wygaśnięcia ochrony w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania, jeśli Składka nie zostanie opłacona.

Artykuł 10. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa



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

1. Świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć, śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Poważna Choroba lub Hospitalizacja nastąpiły na skutek:
 - 1) choroby zdiagnozowanej lub leczonej w ciągu pierwszych 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa i będącej przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w ciągu pierwszych 3 miesięcy trwania Ubezpieczenia,
 - 2) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było przyczyną danego Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - 4) samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, popełnionego w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 5) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz świadomego udziału Ubezpieczonego w dowolnym działaniu przestępczym.
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego nastąpiła na skutek:
 - 1) nieudanej próby samobójstwa Klienta, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - 3) niesprawności stwierdzonej na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych.
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja jest spowodowana:
 - 1) przez wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - 2) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 3) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową Ubezpieczenia,
 - 4) wykonywaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - 5) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - 6) leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 - 7) infekcją powstałą w trakcie Hospitalizacji.

Za Hospitalizację nie jest uważana kuracja wycieczkowa, jakakolwiek opieka bądź leczenie w ośrodku zdrowia, ośrodku lecznictwa otwartego lub w ośrodku rehabilitacji bądź na oddziale rehabilitacyjnym szpitala.
4. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważna Choroba wystąpiła wskutek działania trucizny, gazu, gazów spalinowych – bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania na Ubezpieczonego.

Artykuł 11. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo zarówno do odstąpienia od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia, jak również ma prawo do wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia w całym okresie jej obowiązywania.
2. Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku przekazanego Agentowi lub bezpośrednio Towarzystwu.
3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, powinno zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, numer PESEL oraz numer SUU.
4. W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia całość Składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu za pośrednictwem Agenta w terminie 30 dni od końca miesiąca, w którym Towarzystwo otrzyma oświadczenie Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.
5. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczenie trwa do końca Miesięcznego okresu rozliczeniowego, w którym wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia zostało złożone przez Ubezpieczającego.

Artykuł 12. Roszczenia

1. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu:
 - 1) w przypadku **śmierci** Ubezpieczonego:
 - a) kopii odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) kopii statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - c) kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć Ubezpieczonego jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - e) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - f) kopii dokumentu tożsamości każdego Uposażonego uprawnionego do wypłaty świadczenia;
 - 2) w przypadku wystąpienia **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczonego:
 - **w przypadku osób Aktywnych zawodowo:**
 - a) kopii dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - b) kopii orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności,
 - c) kopii dowodu Aktywności zawodowej (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub kopii stosownej umowy cywilnoprawnej, lub potwierdzenie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) Ubezpieczonego w dniu Nieszczęśliwego wypadku, który spowodował Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - d) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej, że przyczyną Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy był Nieszczęśliwy wypadek,
 - e) kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - f) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Trwała i całkowita niezdolność do pracy jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - g) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - h) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - **w przypadku osób, które nie były Aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia:**
 - a) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - b) kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie, potwierdzających, że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - d) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
- 3) w przypadku **Hospitalizacji** Ubezpieczonego:
 - a) kopii dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - b) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - c) kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie, gdy Hospitalizacja miała miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Hospitalizacja jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - e) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - f) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
- 4) w przypadku **Poważnej Choroby**:
 - a) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - c) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - d) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.



WYJAŚNIENIE: Roszczenie o wypłatę świadczenia można zgłosić w jeden z poniższych sposobów:

bezpośrednio do Towarzystwa:

- **on-line przez portal e-roszczenie:** dostępny na stronie www.eroszczeniemetlife.pl. Służy on szybszemu i łatwiejszemu zgłaszaniu roszczeń o wypłatę świadczenia oraz przesyłaniu dodatkowych dokumentów do zgłoszonego już roszczenia,
 - **pocztą elektroniczną** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl,
 - **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 52 64,
 - **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Departament Roszczeń MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa),
 - **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnZiR S.A., przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie;
- lub za pośrednictwem Agenta.**

Jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, Towarzystwo poinformuje o tym niezwłocznie.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania oryginałów dokumentów lub poświadczonych kopii dokumentów.

Uprawnienia do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają notariusz, osoby upoważnione w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, uprawniony pracownik Ubezpieczającego, poświadczający dokument pieczętą firmową, imienną z zajmowanym stanowiskiem oraz podpisem, lub organ wydający dokument.

2. Dodatkowe informacje:

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie powinna przedstawić dokumentację medyczną lub inną dotyczącą tego Zdarzenia ubezpieczeniowego lub jego okoliczności przetłumaczoną przez tłumacza przysięgłego na język polski, pod warunkiem, że Towarzystwo wystąpi do osoby zgłaszającej roszczenie o takie tłumaczenie w sytuacji, gdy takie dokumenty są dla Towarzystwa niezbędne do oceny zasadności roszczenia lub wysokości należnego świadczenia.
- 2) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu lub innych organów ścigania, a także do placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkowe informacje celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

3. Wypłata świadczenia:

- 1) Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie określonym w pkt 1 powyżej.

Artykuł 13. Badanie lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo. Ubezpieczony jest zobowiązany na koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi, jeżeli jest to niezbędne w celu podjęcia przez Towarzystwo decyzji w przedmiocie zasadności lub wysokości roszczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu Umowy Ubezpieczenia zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Artykuł 14. Wskazanie i zmiana Uposażonego

1. Ubezpieczający ma prawo do wskazania i zmiany Uposażonego przez doręczenie do Towarzystwa oświadczenia w formie pisemnej lub elektronicznej, na adres siedziby Towarzystwa: MetLife TUŃiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa lub elektronicznie na adres: kontakt@metlife.pl.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczającego,
 - b) nr SUU,
 - c) imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwa firmy),
 - d) datę urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
 - e) adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: siedziba firmy),
 - f) PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony jest osobą prawną: NIP),
 - g) udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.Do oświadczenia należy dołączyć kserokopię lub skan dokumentu tożsamości Ubezpieczającego.
3. Ubezpieczający, wskazując Uposażonych, określa procentowy udział każdego z Uposażonych w kwocie świadczenia, z dokładnością do 1%. W przypadku, gdy Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie świadczenia, przyjmuje się, że wszystkie udziały w kwocie świadczenia są równe. Natomiast, jeżeli udziały wszystkich Uposażonych nie sumują się do 100%, wysokość udziałów ustala się proporcjonalnie do wyznaczonych przez Ubezpieczającego udziałów tak, aby wszystkie udziały sumowały się do 100%.
4. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie Uposażonego świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 7 poniżej.
5. Zmiana Uposażonego następuje pod warunkiem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
6. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
7. W przypadku braku wskazania przez Ubezpieczającego Uposażonych uprawnionych do świadczenia, świadczenie otrzyma małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego w częściach równych.



WAŻNE: Uposażonego wskazuje Ubezpieczający. Uposażonym może być dowolna osoba. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkom od spadków i darowizn.

Artykuł 15. Reklamacje i mediacja

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie na adres siedziby Towarzystwa: MetLife TUŃiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - 2) elektronicznie na adres e-mail: kontakt@metlife.pl,
 - 3) telefonicznie pod numerem +48 22 523 52 64,
 - 4) osobiście w siedzibie 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 ust. 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.



WAŻNE: Termin 60 dni na odpowiedź Towarzystwa w sprawie Reklamacji dotyczy tylko sytuacji, w których zebranie brakujących informacji lub ustalenie dodatkowych okoliczności jest niezbędne dla wyjaśnienia sprawy. Towarzystwo będzie informowało o wydłużeniu terminu.

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 ubezpieczenia może zwrócić się w sprawie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
7. Towarzystwo wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej podane są adresy stron internetowych obu podmiotów:
 - Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl>,
 - Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny.

Artykuł 16. Postanowienia kolizyjne

Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych OWU a postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia rozstrzygają postanowienia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.

Artykuł 17. Należności, opłaty, podatki

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek obciążają Ubezpieczającego i są uiszczane wraz z odpowiednią Składką.
 2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez Towarzystwo.
 3. Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia 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.
- W dacie wejścia w życie niniejszych 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 2011 r. Nr 74, poz. 397 j.t. z późn. zm.).

Artykuł 18. Doręczenia

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego lub Uposażonego związane z Umową Ubezpieczenia powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
2. Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego lub Uposażonego, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

Artykuł 19. Prawo właściwe, właściwość sądów i dodatkowe informacje dotyczące Towarzystwa

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy Ubezpieczenia lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia 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. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane jest na stronie internetowej Towarzystwa.
5. W przypadkach i w zakresie określonym w art. 98 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 392 z późn. zm.) świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą być zaspokojone z środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

Artykuł 20. Aktualizacja informacji



WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych swoich i Uposażonego. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczanie informacji dotyczących Umowy Ubezpieczenia i znacząco usprawni jej obsługę.

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Towarzystwa o zmianach:
 - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu, e-mail) oraz
 - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).Informacje o zmianach powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Artykuł 21. Pełnomocnictwa

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z Umową Ubezpieczenia powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej i doręczone Towarzystwu w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata lub uprawnionego przedstawiciela Agenta lub Towarzystwa.

Warszawa, 13 lipca 2018 roku

Piotr Szczepański
Członek Zarządu Towarzystwa

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa