

Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie

MetLife®



„Pewne Rachunki”

Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Pewne Rachunki” stosuje się do Umowy Grupowego ubezpieczenia na Życie oraz Ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów P4 Sp. z o.o., zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna a P4 Sp. z o.o., w ramach której ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci Abonenci P4 Sp. z o.o. w zakresie ryzyka śmierci Ubezpieczonego, Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby, Trwałej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby, Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Artykuł 1. Definicje

Użyte w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia (zwanych dalej SWU) określenia oznaczają:

1. **Abonent** – osoba fizyczna, która jest stroną zawartej z Ubezpieczającym jako operatorem telekomunikacyjnym Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych,
2. **Agent do spraw Roszczeń** – podmiot, który może zostać upoważniony przez Towarzystwo do występowania w jego imieniu w sprawach związanych z roszczeniami,
3. **Biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26,
4. **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,
5. **Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, powstała na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku,
6. **Dzień Wymagalności Składki** – dzień odpowiadający datą pierwszemu dniowi Okresu Rozliczeniowego Ubezpieczonego, będący równocześnie datą początku ochrony ubezpieczeniowej i odpowiadający mu dzień w każdym kolejnym Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej, za który Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić Składkę,
7. **Infolinia Towarzystwa** – telefoniczne centrum obsługi klienta, odpowiedzialne za przekazywanie informacji dotyczących ubezpieczenia, udzielające informacji o sposobie zgłoszenia roszczenia oraz udzielające informacji o sposobie odstąpienia i rezygnacji z ubezpieczenia. Podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie Infolinii Towarzystwa może być osoba trzecia działająca na zlecenie Towarzystwa,
8. **Miesiąc Ochrony Ubezpieczeniowej** – miesięczny okres odpowiadający Okresowi Rozliczeniowemu, podczas którego Abonent jest objęty ochroną ubezpieczeniową zgodnie z SWU,
9. **Niepoczytalność** – utrata przez Ubezpieczonego możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu,
10. **Nieszczęśliwy Wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
11. **Okres Rozliczeniowy** – okres, za który dokonywane są rozliczenia zobowiązań Abonenta wobec Ubezpieczającego z tytułu świadczonych usług telekomunikacyjnych, rozpoczynający się i kończący we wskazanych przez Ubezpieczającego w rachunku telefonicznym dniach miesięcy kalendarzowych,
12. **Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
13. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia „Pewne Rachunki” pomiędzy P4 Sp. z o.o. a MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna,
14. **Potwierdzenie przystąpienia do ubezpieczenia** – pisemna informacja przekazywana Ubezpieczonemu, zawierająca informacje o podstawowych warunkach ochrony ubezpieczeniowej,

15. **Rocznica Polisy** – data wskazana w Polisie „Pewne Rachunki” przypadająca co roku trwania Umowy Ubezpieczenia,
16. **Składka** – wskazana w Polisie „Pewne Rachunki” kwota należna od Ubezpieczającego za każdego Ubezpieczonego z tytułu Umowy Ubezpieczenia, której metoda ustalania została określona w Polisie „Pewne Rachunki”,
17. **Strony Umowy Ubezpieczenia** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna i P4 Sp. z o.o.,
18. **Suma Ubezpieczenia** – kwota wskazana w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia, przesyłanym do Ubezpieczonego, która określa maksymalne zobowiązanie Towarzystwa wobec Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
19. **SWU** – niniejsze Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Pewne Rachunki”,
20. **Świadczenie Ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia określonego Zdarzenia ubezpieczeniowego,
21. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
22. **Trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku,
23. **Trwałe Inwalidztwo** – nie mniejsze niż 50% uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny, zgodnie z Tabelą Inwalidztwa zawartą w artykule 6 ustęp 4.10. oraz niniejszymi SWU,
24. **Ubezpieczający** – P4 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Taśmowa 7, który jest operatorem telekomunikacyjnym sieci Play, zawierający Umowę Ubezpieczenia „Pewne Rachunki” z MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna, zobowiązany do opłacania Składki za Ubezpieczonych,
25. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna będąca Abonentem, spełniająca wymogi do objęcia go ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z niniejszymi SWU, której życie lub zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową i za którą została opłaconą Składka,
26. **Umowa o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych** – umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych, zawarta pomiędzy Abonentem oraz Ubezpieczającym, na podstawie której Abonent korzysta z usług telekomunikacyjnych świadczonych przez Ubezpieczającego,
27. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Grupowego ubezpieczenia na Życie oraz Ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów P4 Sp. z o.o. „Pewne Rachunki” zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych SWU, wraz z załącznikami, jak również wszelkie oświadczenia zawarte w treści tych dokumentów lub ich załącznikach oraz ich wszystkie zmiany dokonane zgodnie przez Towarzystwo i Ubezpieczającego,
28. **Uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczeń na wypadek śmierci Ubezpieczonego, przewidzianych niniejszą Umową, przy uwzględnieniu postanowień artykułu 6 niniejszych SWU. O ile Ubezpieczony nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń jest małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczyliby po Ubezpieczonym,
29. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku,
30. **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,
31. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia określone w artykule 2 ustęp 2 niniejszych SWU,
32. **Zdolność ubezpieczeniowa** – wszystkie warunki, jakie musi spełnić osoba ubezpieczana, aby doszło do objęcia jej ochroną ubezpieczeniową.

Artykuł 2. Przedmiot ubezpieczenia

1. Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) Śmierć Ubezpieczonego,
 - b) Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby,
 - c) Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby,
 - d) Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - e) Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Artykuł 3. Zawarcie i zmiana Umowy Ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na czas określony – 1 rok, podczas którego Abonenci mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową.
2. Umowa Ubezpieczenia jest zawarta z chwilą jej podpisania przez Ubezpieczającego i Towarzystwo.
3. Po upływie każdego roku trwania Umowy Ubezpieczenia, Umowa Ubezpieczenia automatycznie ulega przedłużeniu na kolejny rok na tych samych warunkach, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
4. Polisa „Pewne Rachunki” nie zawiera postanowień odbiegających na niekorzyść Ubezpieczającego od warunków zawartych w Umowie Ubezpieczenia lub od SWU.

5. Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia na kolejny rok obowiązywania Umowy Ubezpieczenia. Propozycja zmiany warunków Umowy Ubezpieczenia powinna zostać przekazana Ubezpieczającemu w formie pisemnej nie później niż 3 miesiące przed końcem danego roku trwania Umowy Ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający może nie wyrazić zgody na zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia (złożyć sprzeciw) na kolejny rok obowiązywania Umowy Ubezpieczenia w formie pisemnej nie później niż 1 miesiąc przed końcem danego roku trwania Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Umowa Ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu na kolejny rok.
7. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył sprzeciwu, o którym mowa w ustępie 6, przyjmuje się, że Umowa Ubezpieczenia ulega przedłużeniu na warunkach proponowanych przez Towarzystwo. Zmiana wysokości Składki może nastąpić wyłącznie po wyrażeniu przez Ubezpieczającego uprzedniej pisemnej zgody.
8. Ubezpieczający lub Towarzystwo może, nie później niż na 3 miesiące przed końcem każdego roku, dostarczyć drugiej Stronie zawiadomienie na piśmie, że nie wyraża zgody na przedłużenie Umowy Ubezpieczenia na kolejny rok.
9. Umowa Ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu na kolejny rok w przypadku:
 - a) złożenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu zgodnie z ustępem 6,
 - b) niewyrażenia przez Ubezpieczającego zgody na zmianę wysokości Składki zgodnie z ustępem 7,
 - c) dostarczenia zawiadomienia, o którym mowa w ustępie 8.
10. Strony Umowy Ubezpieczenia mogą dokonać zmiany Umowy Ubezpieczenia za ich obopólną zgodą.

Artykuł 4. Przystąpienie, odstąpienie i rezygnacja z ubezpieczenia

1. Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci tylko ci Abonenci, którzy w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyli 18 rok życia, a nie ukończyli 64 roku życia. Przystąpienie do ubezpieczenia jest dobrowolne.
2. Ubezpieczonym może być osoba, która:
 - a) wyraziła zgodę na przedstawienie oferty dotyczącej przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia, nagrywanie rozmów telefonicznych prowadzonych pomiędzy Abonentem a Ubezpieczającym i trwałe rejestrowanie wszelkich oświadczeń woli składanych przez Ubezpieczonego w trakcie tych rozmów, w szczególności oświadczenia woli w sprawie wyrażenia zgody na objęcie ubezpieczeniem oraz na wysokość Sum Ubezpieczenia,
 - b) wyraziła wolę przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia, na warunkach określonych w niniejszych SWU oraz w informacjach przekazanych przez Ubezpieczającego, w szczególności w zakresie ponoszenia opłat z tym związanych,
 - c) spełnia wymogi do objęcia ochroną ubezpieczeniową określone w niniejszych SWU i potwierdzone w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia.
3. Przystąpienie do ubezpieczenia po ukończeniu przez Ubezpieczonego wieku 64 lat jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej Składki.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia najbliższego Okresu Rozliczeniowego dla danego Abonenta, następującego po złożeniu ustnego oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki za tego Abonenta, z uwzględnieniem poniższych ustępów.
5. W przypadku wielokrotnego przystąpienia do ubezpieczenia w ramach Umowy Ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana tylko na podstawie pierwszego przystąpienia i tylko za tę ochronę Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić Składkę.
6. Ubezpieczony może odstąpić od ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia. Oświadczenie o odstąpieniu składane jest w formie ustnego oświadczenia o odstąpieniu, złożonego za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa. W przypadku odstąpienia Składka za danego Ubezpieczonego zostaje zwrócona w całości Ubezpieczającemu. Odstąpić od ubezpieczenia Ubezpieczony może również w formie pisemnego oświadczenia, wysłanego na adres podany w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia.
7. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie. Oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia składane jest w formie ustnego oświadczenia o rezygnacji, złożonego za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa. Zrezygnować można również w formie pisemnego oświadczenia, wysłanego na adres podany w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa takiego Ubezpieczonego wygasa w ostatnim dniu miesiąca, następującego po miesiącu, w trakcie którego Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia. W przypadku nieopłacenia Składki za następny miesiąc po złożeniu rezygnacji, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa z upływem miesiąca, w którym została złożona rezygnacja.
8. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do podania prawdziwych informacji, o które Towarzystwo zapytywało przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Artykuł 5. Suma Ubezpieczenia, Składka

1. Wysokość Składki i wysokość Sum Ubezpieczenia określone są w Polisie „Pewne Rachunki” wystawionej na rzecz Ubezpieczającego. Natomiast wysokość Sum Ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego określona jest w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia. Ubezpieczający wskazuje Ubezpieczonemu w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia koszty związane z przystąpieniem do ubezpieczenia.
2. Składka jest ustalana z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku osób uprawnionych do ubezpieczenia, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
3. Ubezpieczający opłaca Składkę za każdego Ubezpieczonego za dany Miesiąc Ochrony Ubezpieczeniowej w terminie do Dnia Wymagalności Składki.

4. Składkę uważa się za opłaconą w momencie uznania jej na rachunku bankowym Towarzystwa.
5. Niezapłacenie przez Ubezpieczającego Składki za danego Ubezpieczonego w odniesieniu do danego Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej w terminie do Dnia Wymagalności Składki powoduje brak odpowiedzialności Towarzystwa od początku Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, za który Składka ta była należna, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczającego przez Towarzystwo do zapłaty Składki za danego Ubezpieczonego wraz z pouczeniem, iż brak wpłaty Składki w terminie 7 dni od otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł 6. Rodzaje i wysokość Świadczeń Ubezpieczeniowych

1. Ubezpieczenie na życie

Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej, to Świadczenie Ubezpieczeniowe jest wypłacane w pierwszej kolejności Ubezpieczającemu na poczet wszelkich należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego wynikających z Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych, ale nie więcej niż wysokość Sumy Ubezpieczenia. Jeżeli Suma Ubezpieczenia jest większa niż wyżej wymienione należności, pozostała część Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie wypłacona Upoząsomemu. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymaganych należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego. W razie braku odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego w powyższym terminie Świadczenie Ubezpieczeniowe wypłacone jest Upoząsomemu.

2. Trwała niezdolność do pracy

W przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Świadczenie Ubezpieczeniowe należne z tego tytułu jest wypłacane w pierwszej kolejności Ubezpieczającemu na poczet wszelkich należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego wynikających z Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych, ale nie więcej niż wysokość Sumy Ubezpieczenia. Jeżeli Suma Ubezpieczenia jest większa niż wyżej wymienione należności, pozostała część Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie wypłacona Ubezpieczonemu. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego należnego z tytułu Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymaganych należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego. W razie braku odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego w powyższym terminie Świadczenie Ubezpieczeniowe wypłacone jest Ubezpieczonemu.

Warunkiem wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego jest uzyskanie przez Towarzystwo potwierdzenia, że w dniu Nieszczęśliwego Wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodującej niezdolność do pracy Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Umowy Ubezpieczenia oraz był aktywny zawodowo (świadczył pracę lub świadczył usługi), w miejscu pracy lub innym miejscu wskazanym przez pracodawcę (lub zleceniodawcę) lub prowadził działalność gospodarczą.

W przypadku osób, które nie są aktywne zawodowo (np. emeryci, renciści, bezrobotni, studenci), za całkowitą niezdolność do pracy uważa się inwalidztwo polegające na utracie:

- wzroku w obu oczach lub
 - przynajmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.
- Od daty Nieszczęśliwego Wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodującej niezdolność do pracy do czasu uznania jej za trwałą musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, Trwała niezdolność do pracy zostaje stwierdzona natychmiast i wyżej wymieniony okres 12 miesięcy nie obowiązuje.

3. Czasowa niezdolność do pracy

3.1. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Świadczenie Ubezpieczeniowe należne z tego tytułu jest wypłacane w pierwszej kolejności Ubezpieczającemu na poczet wszelkich należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego wynikających z Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych, ale nie więcej niż wysokość Sumy Ubezpieczenia. Jeżeli Suma Ubezpieczenia jest większa niż wyżej wymienione należności, pozostała część Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie wypłacona Ubezpieczonemu. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego należnego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymaganych należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego. W razie braku odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego w powyższym terminie Świadczenie Ubezpieczeniowe zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.

Wypłata Świadczenia Ubezpieczeniowego nastąpi pod warunkiem, że Czasowa niezdolność do pracy trwała nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 30 dni oraz pod warunkiem opłacenia Składki za dany miesiąc, a także pod warunkiem, że Czasowa niezdolność do pracy rozpoczęła się w czasie, gdy Ubezpieczony prowadził działalność gospodarczą lub uzyskiwał dochód z tytułu stosunku pracy.

3.2. Świadczenie Ubezpieczeniowe płatne jest za okres od 31 dnia za każde pełne 30 dni potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba Świadczeń Ubezpieczeniowych nie może przekroczyć 12. W przypadku, gdy powtórna Czasowa niezdolność do pracy ma miejsce w czasie krótszym niż 12 miesięcy od daty zakończenia poprzedniego stanu Czasowej niezdolności do pracy, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia powtórnej Czasowej niezdolności do pracy i Czasowa niezdolność do pracy jest traktowana jako kontynuacja poprzedniej Czasowej niezdolności do pracy.

- 3.3. Wypłata świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się:
- a) z dniem wypłaty 12 świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy,
 - b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy,
 - c) z chwilą śmierci,
 - d) z upływem dnia, w którym stwierdzono stan Trwałej niezdolności do pracy,
 - e) z początkiem dnia, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - f) z początkiem dnia, kiedy Ubezpieczony jest w stanie podjąć swoją dotychczasową pracę,
 - g) z początkiem dnia, kiedy Ubezpieczony uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych.

Decyzja Towarzystwa o uznaniu Czasowej niezdolności do pracy zostanie podjęta w oparciu o przedstawione przez Ubezpieczonego zwolnienia lekarskie lub decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, potwierdzające Czasową niezdolność do pracy.

4. Trwałe Inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – miesięczne świadczenie

- 4.1. Towarzystwo wypłacać będzie z tytułu Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku miesięczne świadczenie w wysokości określonej w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia przez okres pięciu (5) lat, jeżeli:
- a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, o którym mowa powyżej, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wspomniane wyżej fizyczne obrażenia ciała, i
 - d) Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego trwało przez sześć (6) kolejnych miesięcy, licząc od dnia Nieszczęśliwego Wypadku i w świetle aktualnej wiedzy medycznej nadal pozostaje Trwałym Inwalidztwem nierokującym dalszej poprawy po zakończeniu tego okresu.
- 4.2. Jeżeli Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi w Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej, to Świadczenie Ubezpieczeniowe należne z tytułu tego zdarzenia jest wypłacane w pierwszej kolejności Ubezpieczającemu na poczet wszelkich należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego wynikających z Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych, ale nie więcej niż wysokość Sumy Ubezpieczenia. Jeżeli Świadczenie Ubezpieczeniowe jest większe niż wyżej wymienione należności, pozostała część Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie wypłacona Ubezpieczonemu. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego należnego z tytułu Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymaganych należności Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego. W razie braku odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego w powyższym terminie Świadczenie Ubezpieczeniowe wypłacone jest Ubezpieczonemu.
- 4.3. Wypłata miesięcznego świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku rozpocznie się po okresie pełnej rekonwalescencji oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa i będzie obejmowała okres pięciu (5) lat począwszy od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Inwalidztwa, z uwzględnieniem postanowień poniższych ustępów 4.4. i 4.5.
- 4.4. Miesięczne świadczenie, na pisemny wniosek Ubezpieczonego, może być zamienione na jednorazową wypłatę jako suma należnych i niewypłaconych świadczeń miesięcznych.
- 4.5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego pozostała do wypłaty suma miesięcznych świadczeń z tytułu Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostanie wypłacona Uposażonemu. Należne Uposażonemu Świadczenie Ubezpieczeniowe zostanie wypłacone przez Towarzystwo jednorazowo.
- 4.6. W żadnym przypadku suma wszystkich wypłaconych miesięcznych świadczeń z tytułu Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia z tego tytułu, włączając świadczenia już wypłacone.
- 4.7. Jeśli Trwałe Inwalidztwo jest spowodowane uszkodzeniem ciała niewymienionym w poniższej Tabeli Inwalidztwa, ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”, z zastrzeżeniem, iż Trwałe Inwalidztwo ustalone w oparciu o tę tabelę nie jest mniejsze niż 50%. Tabela ta stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia i jest dostępna w biurze głównym Towarzystwa, jego upoważnionych przedstawicieli, a także na stronie internetowej Towarzystwa.
- 4.8. W przypadku zaistnienia obrażeń w obrębie kilku narządów lub kończyn Towarzystwo obliczy wielkość procentowego uszkodzenia ciała, sumując procenty inwalidztwa odpowiadające poszczególnym narządom lub kończynom zgodnie z „Tabelą norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”.
- 4.9. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u Ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo, obliczając wielkość procentowego uszkodzenia ciała, zmniejszy je proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.
- 4.10. **Tabela Inwalidztwa**
- całkowita strata wzroku w obu oczach
 - całkowita strata obu ramion lub obu dłoni
 - całkowita głuchota, spowodowana urazem

- strata dolnej szczęki
- całkowita strata mowy
- całkowita strata jednego ramienia i jednej nogi
- całkowita strata jednego ramienia i jednej stopy
- całkowita strata jednej dłoni i jednej stopy
- całkowita strata jednej dłoni i jednej nogi
- całkowita strata obu nóg
- całkowita strata obu stóp
- strata jednego ramienia lub jednej dłoni
- całkowity paraliż kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwów)
- całkowita strata kończyny dolnej powyżej połowy uda
- całkowita strata kończyny dolnej poniżej połowy uda
- całkowity paraliż dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)

5. Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – miesięczne świadczenie

- 5.1. Towarzystwo wypłacać będzie z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku miesięczne świadczenie w wysokości określonej w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia przez okres pięciu (5) lat, jeżeli:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wyżej wymienionego wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała.
- 5.2. Jeżeli Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi w Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej, to Świadczenie Ubezpieczeniowe należne z tytułu tego zdarzenia jest wypłacane w pierwszej kolejności Ubezpieczającemu na poczet wszelkich należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego wynikających z Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych, ale nie więcej niż wysokość Sumy Ubezpieczenia. Jeżeli Świadczenie Ubezpieczeniowe jest większe niż wyżej wymienione należności, pozostała część Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie wypłacona Uposażonemu. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego należnego z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymaganych należności Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego. W razie braku odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego w powyższym terminie Świadczenie Ubezpieczeniowe wypłacone jest Uposażonemu.
- 5.3. Wypłata miesięcznego świadczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie obejmowała okres pięciu (5) lat począwszy od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Śmierci Ubezpieczonego, z uwzględnieniem postanowień poniższego punktu 5.4.
- 5.4. Miesięczne świadczenie, na pisemny wniosek Uposażonego, może być zamienione na jednorazową wypłatę jako suma należnych i niewypłaconych świadczeń miesięcznych.
- 5.5. W żadnym przypadku suma wszystkich wypłaconych miesięcznych świadczeń z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia z tego tytułu, włączając świadczenia już wypłacone.

Artykuł 7. Odpowiedzialność Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem Ochrony Ubezpieczeniowej, zgodnie z postanowieniami artykułu 4.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa i obowiązek Ubezpieczającego do zapłaty Składek w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa w przypadku zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) z upływem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, za który została zapłacona ostatnia Składka przed utratą przez Ubezpieczonego statusu Abonenta,
 - b) z upływem okresu, na który została zawarta Umowa Ubezpieczenia z Ubezpieczającym, o ile nie zostanie zawarta na kolejny roczny okres,
 - c) z końcem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia wskutek wypowiedzenia przez Ubezpieczającego,
 - d) w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia – z chwilą złożenia oświadczenia o odstąpieniu,
 - e) z końcem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej – po zgłoszeniu przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu rezygnacji z ubezpieczenia,
 - f) z chwilą śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień co do odpowiedzialności Towarzystwa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego objętych niniejszymi SWU,
 - g) w przypadku niezapłacenia Składki przez Ubezpieczającego za danego Ubezpieczonego, zgodnie z artykułem 5 ustęp 5,
 - h) z końcem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia,
 - i) Ubezpieczony został w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uznany za niepoczytalnego – z chwilą powstania stanu niepoczytalności,
 - j) w przypadku wypłaty Świadczeń Ubezpieczeniowych opisanych w artykule 6 ustęp 1 i 2 lub powstania obowiązku wypłaty Świadczeń Ubezpieczeniowych opisanych w artykule 6 ustęp 4 i 5.

Artykuł 8. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa Ubezpieczenia nie obejmuje Śmierci lub Trwałej Niezdolności do pracy lub Czasowej Niezdolności do pracy spowodowanych bądź wynikających bezpośrednio lub pośrednio, w całości lub części, z dowolnego z poniższych czynników:
 - a) samobójstwa lub próby samobójstwa popełnionych niezależnie od stanu poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od daty rozpoczęcia ochrony,
 - b) samookaleczenia popełnionego niezależnie od stanu poczytalności,
 - c) Choroby lub niepełnosprawności, które wystąpiły lub były leczone przed dniem rozpoczęcia się Ubezpieczenia i które były przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem,
 - d) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - e) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa oraz udziału w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym,
 - f) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza,
 - g) przebywania w momencie zajścia wyżej wymienionych Zdarzeń ubezpieczeniowych pod wpływem czynników, o których mowa w pkt f), jeżeli fakt ten przyczynił się do zajścia danego Zdarzenia.
2. Dodatkowo Świadczenie Ubezpieczeniowe z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała niezdolność do pracy wystąpiła bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo wskutek:
 - a) Choroby psychicznej, w tym zaburzeń nerwowych,
 - b) nieprawidłowości stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych odczuć niepotwierdzonych żadnymi badaniami laboratoryjnymi, biochemicznymi lub mikrobiologicznymi.
3. Dodatkowo Świadczenie Ubezpieczeniowe z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy wystąpiła bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo wskutek:
 - a) Choroby psychicznej, w tym zaburzeń nerwowych,
 - b) nieprawidłowości stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych odczuć niepotwierdzonych żadnymi badaniami laboratoryjnymi, biochemicznymi lub mikrobiologicznymi,
 - c) bólów pleców, krzyża i schorzeń powiązanych, chyba że istnieją wyniki badań radiologicznych potwierdzające powyższe schorzenia.
4. Towarzystwo odmówi spełnienia świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały pośrednio lub bezpośrednio, całkowicie lub częściowo:
 - a) w wyniku choroby, ułomności fizycznej lub psychicznej oraz medycznych lub chirurgicznych skutków jej leczenia, łum-bago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyku, przepukliny kręzka 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 przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 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 promienio-twórczość,
 - 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, albo 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.

Artykuł 9. Obowiązki Ubezpieczającego

Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za każdego Ubezpieczonego w wysokości i terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia.

Artykuł 10. Osoby uprawnione do Świadczenia Ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać co najmniej jednego Uposażonego uprawnionego do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, z uwzględnieniem postanowień artykułu 6 ustępu 1 i 5.
2. Uposażony może być wskazany podczas rozmowy, o której mowa w artykule 4 ustęp 2 lit. a).
3. Ubezpieczony może także wskazać Uposażonych w dowolnym czasie poprzez złożenie do Towarzystwa formularza wskazania Uposażonych. Do formularza tego powinno zostać załączone ksero dowodu tożsamości, który zawiera wzór podpisu Ubezpieczonego.

4. Zmiany Uposażonego lub jego wskazania można dokonywać listownie, wysyłając formularz zmiany lub wskazania Uposażonego na podany za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa adres Towarzystwa.
5. Ubezpieczony, wskazując Uposażonych, określa procentowy udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia Ubezpieczeniowego, z dokładnością do 1%. Natomiast, jeżeli udziały wszystkich Uposażonych nie sumują się do 100%, wysokość udziałów ustala się proporcjonalnie do wyznaczonych przez Ubezpieczonego udziałów tak, aby wszystkie udziały sumowały się do 100%. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie Świadczenia Ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że wszystkie udziały są równe.
6. Ubezpieczony może w każdym czasie wskazać, zmienić lub odwołać Uposażonego w sposób określony w ustępie 3.
7. Jeżeli w dniu śmierci Ubezpieczonego wskazany Uposażony nie żyje lub utracił prawo do Świadczenia Ubezpieczeniowego, świadczenie to spełniane jest na rzecz pozostałych żyjących Uposażonych proporcjonalnie do przypadających im udziałów.
8. Jeżeli w dniu śmierci Ubezpieczonego nie ma wskazanego Uposażonego lub wszyscy wskazani Uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia, Świadczenie Ubezpieczeniowe spełniane jest na rzecz małżonka Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenie to wypłacone jest dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenie wypłacone jest rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenie wypłacone jest osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczyliby po Ubezpieczonym.
9. Świadczenie Ubezpieczeniowe nie przysługuje Uposażonemu lub innej osobie, o której mowa w ustępie 8, w przypadku umyślnego przyczynienia się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku świadczenie jemu przysługujące spełniane jest na rzecz pozostałych osób uprawnionych do świadczenia proporcjonalnie do przypadających im udziałów.

Artykuł 11. Wpłata Świadczeń Ubezpieczeniowych

1. Zdarzenie ubezpieczeniowe należy zgłosić za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa lub pisemnie do Agenta do spraw Roszczeń.
2. Przy przyjęciu zgłoszenia zgłaszający roszczenie zostaje poinformowany:
 - a) o wymaganych dokumentach oraz o sposobie ich złożenia,
 - b) o konieczności przesłania wymaganych dokumentów do Towarzystwa.
3. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego niezbędne jest przedłożenie wszystkich dokumentów określonych poniżej:
 - a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego:
 - kopii skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Uposażonego,
 - statystycznej karty zgonu lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - kopii dokumentu tożsamości Uposażonych;
 - b) w przypadku Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego:
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Ubezpieczonego,
 - orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i Trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
 - kopii dowodu aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spowodowało Trwałą niezdolność do pracy,
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
 - kopii protokołu powypadkowego z policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,
 - kopii dowodu osobistego Ubezpieczonego;
 - c) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego:
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Ubezpieczonego,
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Czasowej niezdolności do pracy,
 - kopii zwolnienia lekarskiego lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającego Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - dokumentacji potwierdzającej prowadzenie przez Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy działalności gospodarczej lub uzyskiwania dochodu z tytułu stosunku pracy lub innego stosunku prawnego,
 - kopii protokołu powypadkowego z policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,
 - kopii dowodu osobistego Ubezpieczonego;
 - d) w przypadku Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku:
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Ubezpieczonego,
 - 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 Ubezpieczony jest w ich posiadaniu lub podanie adresu i nazwy placówki prowadzącej sprawę,
 - w przypadku wypadków przy pracy – kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopii dowodu osobistego Ubezpieczonego;
- e) w przypadku Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku:
- skróconego odpisu aktu zgonu (w oryginale lub kopii potwierdzonej notarialnie),
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Uposażonego,
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie lekarza stwierdzającego zgon lub kopii statystycznej karty zgonu, lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu, w tym wynik sekcji zwłok, jeżeli była ona przeprowadzona,
 - kopii protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile Uposażeni są w ich posiadaniu, lub podanie adresu i nazwy placówki prowadzącej sprawę,
 - w przypadku wypadków w pracy – kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopii dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych potwierdzonej notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa albo jego uprawnionym przedstawicielstwie.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu 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.
 5. W przypadku niekompletności lub wątpliwości co do poprawności informacji zawartych w dokumentacji Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz zasięgania dodatkowych opinii specjalistów, w tym także do weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej orzeczenie ZUS.
 6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia zasadności roszczenia zgodnie z niniejszymi SWU. Ubezpieczony jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią niniejszych SWU. Wszelkie Świadczenia Ubezpieczeniowe należne z tytułu Umowy Ubezpieczenia zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.
 7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do występowania z wnioskami do policji, prokuratury, sądów, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
 8. Świadczenie Ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w pierwszej kolejności Ubezpieczającemu i zarachowane przez Ubezpieczającego na poczet wszelkich należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego. Jeżeli wysokość kwoty Świadczenia Ubezpieczeniowego przekraczać będzie wysokość wszelkich należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego, pozostała część Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie wypłacona Uposażonemu (w przypadku śmierci Ubezpieczonego) lub Ubezpieczonemu (w pozostałych przypadkach).
 9. Towarzystwo spełnia Świadczenie Ubezpieczeniowe w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
 10. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego nie było w tym terminie możliwe, Towarzystwo wypłaca Świadczenie Ubezpieczeniowe w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w niniejszym artykule 11 ustęp 9.
 11. Jeżeli Świadczenie Ubezpieczeniowe nie przysługuje, Towarzystwo powiadamia pisemnie osoby zgłaszających roszczenia o odmowie przyznania Świadczenia Ubezpieczeniowego, wskazując w uzasadnieniu podstawę faktyczną i prawną odmowy w terminach określonych w ustępach poprzedzających.

Artykuł 12. Odstąpienie, wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający jest uprawniony do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia.
2. Umowa Ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie w każdym czasie jej obowiązywania, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wypowiedzenie zostało złożone.

Artykuł 13. Postanowienia końcowe

1. Wszelkie oświadczenia Towarzystwa i Ubezpieczającego dotyczące Umowy Ubezpieczenia będą sporządzane w formie pisemnej i doręczane na ostatni znany adres drugiej Strony za potwierdzeniem odbioru.
2. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy Ubezpieczenia winny być przysyłane na piśmie na adres biura głównego Towarzystwa, faksem lub elektronicznie na adres e-mail wskazany przez Towarzystwo. W celu umożliwienia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, składający skargę lub zażalenie powinien przekazać je do Towarzystwa niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenie. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania wystąpienia wysła do osoby skarżącej odpowiedź na skargę lub zażalenie, a w przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu, wyjaśni przyczynę opóźnienia.
3. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

4. Jeżeli Strony wyrażą pisemną zgodę, postanowienia dodatkowe lub odmienne od zawartych w SWU mogą zostać włączone do Umowy Ubezpieczenia.
5. Zmiana Umowy Ubezpieczenia wymaga porozumienia Stron i formy pisemnej.
6. Zmiana Umowy Ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego wymaga zgody Ubezpieczonego.
7. Ubezpieczający obowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu na piśmie informacji o zmianie Umowy Ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tej zmiany na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartego ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę Umowy Ubezpieczenia.
8. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ustępie 7 niniejszego artykułu i zgodnie z tym ustępem, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
9. Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla biura głównego Towarzystwa albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub ich następców prawnych albo przez sąd właściwości ogólnej.
10. Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych SWU a postanowieniami Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia, rozstrzygają postanowienia tego ostatniego.
11. W sprawach nieuregulowanych w SWU mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
12. Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. ustawą z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307 j.t. z późn. zm.) i ustawą 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.).
13. Prawem właściwym dla Umowy jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Warszawa, dnia 15 maja 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna,
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy,
XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06;
wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie
zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku.
MetLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Telefoniczne Centrum Informacji: czynne od pn. do pt. w godz. 8,00-18,00, tel. +48 22 523 50 70
© MetLife TUnŻiR S.A., 2014 PEANUTS © 2014 Peanuts Worldwide

MetLife®

MetLife TUnŻiR S.A.
ul. Przemysłowa 26
00-450 Warszawa
e-mail: lifeinfo@metlife.pl
www.metlife.pl