

Wsparcie Szpitalne



MetLife®

Informacja dotycząca Grupowego Ubezpieczenia na Życie –
Wsparcie Szpitalne

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona SWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 3 – str. 4 art. 7 – str. 6 art. 12 – str. 9
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 – str. 2 art. 7 – str. 6 art. 9 – str. 8

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Znajdujące się w ramach w treści *SWU* komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści *SWU*. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną.

POMOC

Szanowni Państwo,

w ramach umieszczonych w treści *SWU* pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najistotniejszych zagadnień. Mamy nadzieję, że SNOOPY – ambasador marki MetLife przybliży i objaśni Państwu trudne sformułowania użyte w *SWU*. Dodatkowo, słowa wyróżnione *kursywą* zostały zdefiniowane na początku dokumentu.

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.



ARTYKUŁ 1. WSTĘP

Niniejsze Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Wsparcie Szpitalne”, zwane dalej „*SWU*”, mają zastosowanie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów P4 Sp. z o.o. „Wsparcie Szpitalne” nr 8963, zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną, zwanym dalej „*Towarzystwem*”, a spółką P4 Sp. z o.o., w ramach której ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci *Abonenci* P4 Sp. z o.o., zwaną dalej „*Ubezpieczającym*” i stanowią integralną część *Umowy Ubezpieczenia* w zakresie ryzyka śmierci *Ubezpieczonego* oraz *Hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *NW*.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych *SWU* określenia oznaczają:

1. **Abonent** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, 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. **Dzień Hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym *Ubezpieczony* podlegał *Hospitalizacji*,

WYJAŚNIENIE: Pierwszym Dniem Hospitalizacji jest dzień przyjęcia do Szpitala, niezależnie od tego, o której godzinie przyjęcie nastąpiło. Natomiast ostatnim Dniem Hospitalizacji jest dzień wypisu ze Szpitala. Jeżeli Ubezpieczony został przyjęty do Szpitala w poniedziałek o godzinie 17, a został wypisany w czwartek o godzinie 10 w tym samym tygodniu, to Hospitalizacja trwała 4 dni.



4. **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*,
5. **Hospitalizacja** – pobyt w *Szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych *SWU* pobyt w *Szpitalu* w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego,

6. **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*,

WYJAŚNIENIE: W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących ochrony ubezpieczeniowej prosimy o kontakt z Infolinią Towarzystwa pod numerem +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).



7. **Miesiąc Ochrony Ubezpieczeniowej** – miesięczny okres odpowiadający *Okresowi Rozliczeniowemu*, podczas którego *Ubezpieczony* jest objęty ochroną ubezpieczeniową zgodnie z *SWU*,

PRZYKŁAD: Jeżeli pierwszy dzień Okresu Rozliczeniowego przypada np. 9 czerwca, wówczas Miesiąc Ochrony Ubezpieczeniowej również rozpoczyna się 9 czerwca. Oznacza to, że od 9 czerwca *Ubezpieczony* jest chroniony. Warunkiem udzielania ochrony ubezpieczeniowej jest opłacenie Składki.



8. **Niepoczytalność** – utrata przez *Ubezpieczonego* możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu o całkowitym lub częściowym ubezwłasnowolnieniu *Ubezpieczonego*,
9. **Nieszczęśliwy Wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,

WAŻNE: Prosimy o zwrócenie uwagi, iż zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są Nieszczęśliwym Wypadkiem w rozumieniu niniejszych *SWU*.



10. **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* na fakturze dniach miesiący kalendarzowych,
11. **Pacjent stały** – osoba, której *Hospitalizacja* trwała nieprzerwanie co najmniej 2 dni kalendarzowe, licząc od dnia przyjęcia do dnia wypisania ze *Szpitala*,
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* „Wsparcie Szpitalne” nr 8963 pomiędzy P4 Sp. z o.o. a MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną,
14. **Potwierdzenie przystąpienia do ubezpieczenia** – pisemna informacja przekazywana *Ubezpieczonemu*, zawierająca informacje o podstawowych warunkach ochrony ubezpieczeniowej,
15. **Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych urazach lub chorobach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
16. **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 działalność,
17. **Rocznica Polisy** – data wskazana w *Polisie* „Wsparcie Szpitalne” przypadająca co roku trwania *Umowy Ubezpieczenia*,
18. **Rok trwania ochrony ubezpieczeniowej** – roczny okres, w którym *Ubezpieczony* objęty jest ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem opłacenia za niego *Składki*. Pierwszy *Rok trwania ochrony ubezpieczeniowej* rozpoczyna się pierwszego dnia najbliższego *Okresu Rozliczeniowego* dla danego *Abonenta*, następującego po złożeniu ustnego oświadczenia o przystąpieniu do *Umowy Ubezpieczenia*,
19. **Składka** – wskazana w *Polisie* „Wsparcie Szpitalne” kwota należna od *Ubezpieczającego* za każdego *Ubezpieczonego* z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*, której metoda ustalania została określona w *Polisie* „Wsparcie Szpitalne”,
20. **Strony Umowy Ubezpieczenia** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną i P4 Sp. z o.o.,
21. **Suma Ubezpieczenia** – kwota wskazana w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*, przesyłanym do *Ubezpieczonego*, która określa zobowiązanie *Towarzystwa* wobec *Ubezpieczonego* w przypadku zajścia *Zdarzenia ubezpieczeniowego*,
22. **SWU** – niniejsze Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Wsparcie Szpitalne”,
23. **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całonocnych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria,

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



24. **Świadczenie Ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia określonego *Zdarzenia ubezpieczeniowego*,
25. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (00-450), ul. Przemysłowa 26,
26. **Ubezpieczający** – P4 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Taśmowa 7, który jest operatorem telekomunikacyjnym sieci Play, zawierający *Umowę Ubezpieczenia „Wsparcie Szpitalne”* z MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną, zobowiązany do opłacania *Składki za Ubezpieczonych*,

WAŻNE: Zwracamy uwagę na różnicę pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym. Ubezpieczający to operator telekomunikacyjny sieci Play, który zawarł *Umowę Ubezpieczenia z Towarzystwem*. Ubezpieczony to osoba fizyczna – Abonent, którego życie i zdrowie jest chronione. Natomiast Towarzystwo to podmiot, który udziela ochrony ubezpieczeniowej.



27. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna będąca *Abonentem*, spełniająca wymogi do objęcia jej ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z niniejszymi *SWU*, której życie i zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową i za którą została opłacona *Składka*,
28. **Umowa o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych** – umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych, zawarta pomiędzy *Abonentem* a *Ubezpieczającym*, na podstawie której *Abonent* korzysta z usług telekomunikacyjnych świadczonych przez *Ubezpieczającego*,
29. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów P4 Sp. z o.o. „Wsparcie Szpitalne” nr 8963 zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym* na podstawie niniejszych *SWU*, wraz z załącznikami, jak również wszelkie oświadczenia zawarte w treści tych dokumentów lub ich załączników oraz ich wszystkie zmiany dokonane zgodnie przez *Towarzystwo* i *Ubezpieczającego*, potwierdzona *Polisą*,
30. **Uposażony** – osoba uprawniona do świadczeń na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* przewidzianych *Umową Ubezpieczenia*. W części świadczenia równej należnościom *Ubezpieczonego* w stosunku do *Ubezpieczającego* wynikającym z *Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych*, ale nie więcej niż wysokość *Sumy Ubezpieczenia*, *Uposażonym* może być *Ubezpieczający* za uprzednią zgodą *Ubezpieczonego*. *Ubezpieczony* ma prawo do wskazania *Uposażonego* także co do pozostałej części świadczenia. O ile *Ubezpieczony* nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do świadczeń jest małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dziećmi *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*,
31. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia określone w artykule 3 ustęp 2 niniejszych *SWU*,
32. **Zdolność ubezpieczeniowa** – wszystkie warunki, jakie musi spełnić osoba ubezpieczana, aby doszło do objęcia jej ochroną ubezpieczeniową.

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia *Ubezpieczonego*.

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



2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące *Zdarzenia ubezpieczeniowe*:
 - a) śmierć *Ubezpieczonego*,
 - b) *Hospitalizację Ubezpieczonego* wskutek *NW*,
 - c) *Hospitalizację Ubezpieczonego* na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii wskutek *NW*.

ARTYKUŁ 4. ZAWARCIE I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA

WYJAŚNIENIE: Postanowienia niniejszego artykułu dotyczą stosunku prawnego pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, a nie bezpośrednio Ubezpieczonym.



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 „Wsparcie Szpitalne”* 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 zaproponowanych przez *Towarzystwo*. Zmiana wysokości *Składki* może nastąpić wyłącznie po wyrażeniu przez *Ubezpieczającego* uprzedniej pisemnej zgody pod rygorem jej nieważności.
8. *Ubezpieczający* lub *Towarzystwo* może, nie później niż na 3 miesiące przed końcem okresu obowiązywania *Umowy Ubezpieczenia*, 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 5. 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 65. roku życia. Przystąpienie do *Umowy 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 trwale 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*.

WAŻNE: Przystąpienie do ubezpieczenia następuje podczas rejestrowanej rozmowy telefonicznej. Następnie *Ubezpieczający* wysłał do *Ubezpieczonego* list powitalny wraz z niniejszymi Szczególnymi Warunkami Ubezpieczenia oraz z *Potwierdzeniem przystąpienia do ubezpieczenia*, w którym wskazane są obowiązujące *Ubezpieczonego* Sumy Ubezpieczenia. Opłata za ubezpieczenie jest wskazana na fakturze *Ubezpieczonego* wystawianej przez *Ubezpieczającego*.



3. Przystąpienie do *Umowy Ubezpieczenia* po ukończeniu przez *Ubezpieczonego* wieku 65 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 *Umowy 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*, również przy użyciu formularza odstąpienia, przewidzianego w załączniku nr 2 do ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U z 2014 r. poz. 827). Termin odstąpienia od ubezpieczenia będzie

zachowany, jeżeli w ciągu 30 dni od dnia otrzymania *Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia*, oświadczenie *Ubezpieczonego* o odstąpieniu będzie wysłane na adres wskazany w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*.

WAŻNE: Ubezpieczony może odstąpić od ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania *Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia*. Ubezpieczony ma także możliwość rezygnacji z ubezpieczenia w każdym momencie jego trwania. Obydwa przypadki powodują wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku odstąpienia – ochrona wygasa z dniem otrzymania przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu, zaś w przypadku rezygnacji – ochrona wygasa z upływem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, w trakcie którego Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z 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*. Rezygnować można również w formie pisemnego oświadczenia wysyłanego na adres podany w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*. Ochrona ubezpieczeniowa takiego *Ubezpieczonego* wygasa z upływem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, w trakcie którego *Ubezpieczony* złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.
8. *Ubezpieczający* i *Ubezpieczony* są zobowiązani do podania prawdziwych informacji, o które *Towarzystwo* pytało przed objęciem *Ubezpieczonego* ochroną ubezpieczeniową.

ARTYKUŁ 6. SUMA UBEZPIECZENIA, SKŁADKA

1. Wysokości *Składki* i *Sum Ubezpieczenia* określone są w *Polisie „Wsparcie Szpitalne”* wystawionej na rzecz *Ubezpieczającego*. Natomiast wysokości *Sum Ubezpieczenia* dla danego *Ubezpieczonego* określone są w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*. *Ubezpieczający* wskaże *Ubezpieczonemu* w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia* koszty związane z przystąpieniem do ubezpieczenia.
2. *Składkę* ustala *Towarzystwo* z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, w tym wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności *Towarzystwa*, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku osób uprawnionych do ubezpieczenia, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*.
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*, po uprzednim wezwaniu *Ubezpieczającego* przez *Towarzystwo* do zapłaty *Składki* za danego *Ubezpieczonego* wraz z pouczeniem, iż brak wpłaty *Składki* w terminie 14 dni od otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności *Towarzystwa*.

ARTYKUŁ 7. RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. **Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego**
Jeżeli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpi w *Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej*, to *Świadczenie Ubezpieczeniowe* jest wypłacane w pierwszej kolejności *Ubezpieczającemu*, za uprzednią zgodą *Ubezpieczonego*, 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 *Uposażonemu* samodzielnie wskazanemu przez *Ubezpieczonego*. *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 *Uposażonemu*.
2. **Dzienne świadczenie na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW**
 - 2.1. *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* dzienne świadczenie na wypadek *Hospitalizacji* wskutek *NW*, jeżeli w następstwie *Nieszczęśliwego Wypadku*, powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, *Ubezpieczony* podlegał *Hospitalizacji* jako *Pacjent stały* przez przynajmniej 4 kolejne dni liczone od dnia przyjęcia do *Szpitala*.
 - 2.2. Wysokość dziennego świadczenia na wypadek *Hospitalizacji* wskutek *NW* jest wskazana w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia* jako *Suma Ubezpieczenia* z tytułu tego zdarzenia.

- 2.3. Dzielne świadczenie na wypadek *Hospitalizacji* wskutek *NW* jest płatne za każdy *Dzień Hospitalizacji Ubezpieczonego* w charakterze *Pacjenta stałego*, od dnia przyjęcia do *Szpitala*, pod warunkiem, że *Hospitalizacja* trwała co najmniej 4 kolejne dni.
- 2.4. Okres *Hospitalizacji*, za który naliczane jest dzielne świadczenie na wypadek *Hospitalizacji* wskutek *NW*, nie może przekroczyć 180 dni dla każdego *Roku trwania ochrony ubezpieczeniowej*.

WAŻNE: Prosimy zwrócić uwagę, że w każdym *Roku trwania ochrony ubezpieczeniowej* dzielne świadczenie na wypadek *Hospitalizacji* wypłacane jest za maksymalnie 180 dni pobytu w *Szpitalu* będącego następstwem *Nieszczęśliwego Wypadku*.



3. **Dzielne świadczenie na wypadek *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM/OIT) wskutek *NW***
- 3.1. W przypadku *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii, w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów medycznych, *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* dzielne świadczenie za pobyt na tym oddziale, jeżeli w następstwie *Nieszczęśliwego Wypadku* powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej *Ubezpieczony* podlegał *Hospitalizacji* na OIOM/OIT jako *Pacjent stały*.
- 3.2. Wysokość dzielnego świadczenia za pobyt na OIOM/OIT jest wskazana w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia* jako *Suma Ubezpieczenia* z tytułu tego zdarzenia.
- 3.3. Dzielne świadczenie na wypadek *Hospitalizacji* na OIOM/OIT wskutek *NW* jest płatne za każdy *Dzień Hospitalizacji Ubezpieczonego* w charakterze *Pacjenta stałego*, od dnia przyjęcia do *Szpitala*. Maksymalny okres pobytu *Ubezpieczonego* na OIOM/OIT, za który naliczane jest dzielne świadczenie, wynosi 30 dni w ciągu każdego *Roku trwania ochrony ubezpieczeniowej*.
4. *Świadczenia Ubezpieczeniowe* przewidziane niniejszymi *SWU* zostaną wypłacone w wysokości *Sum Ubezpieczenia*, zgodnie z wybranym przez *Ubezpieczonego* wariantem ochrony, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w artykule 9 Wylączenia odpowiedzialności *Towarzystwa*.
5. Jeżeli *Zdarzenie ubezpieczeniowe* opisane w ustępach 2 i 3 powyżej nastąpi w *Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej*, to *Świadczenie Ubezpieczeniowe* należne z tytułu danego *Zdarzenia ubezpieczeniowego* jest wypłacane w pierwszej kolejności *Ubezpieczającemu*, za uprzednią zgodą *Ubezpieczonego*, 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 danego *Zdarzenia ubezpieczeniowego*. *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*.

ARTYKUŁ 8. ODPOWIEDZIALNOŚĆ TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność *Towarzystwa* w stosunku do *Ubezpieczonego* rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z postanowieniami artykułu 5.
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 dniem 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 6 ustęp 5,

- h) z końcem *Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 70. rok życia,
- i) *Ubezpieczony* został w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uznany za niepoczytalnego – z chwilą powstania stanu *Niepoczytalności*.

ARTYKUŁ 9. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA



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

Towarzystwo odmówi spełnienia świadczenia z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *NW* oraz *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na OIOM/OIT wskutek *NW* wynikającej lub związanej z:

- a) samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
- b) wypadkiem wynikłym z faktu pozostawania przez *Ubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- c) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- d) fizycznymi obrażeniami ciała będącymi rezultatem następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: zwyrodnienie kręgosłupa, dyskopatia, kręgoszynek, przepuklina krążka miazdżystego,
- e) wszelkimi fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi przed datą wejścia w życie niniejszego ubezpieczenia,
- f) jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu choroby,
- g) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych niniejszym ubezpieczeniem,
- h) *Rehabilitacją*, jakąkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia lub w ośrodku rehabilitacji,
- i) wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
- j) zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w tym nerwicami (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10) oraz kuracją wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
- k) jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie *Hospitalizacji*,
- l) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorobą współistniejącą z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
- m) fizycznymi obrażeniami ciała odniesionymi na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania albo w wyniku aktów terroryzmu,
- n) działaniami wojennymi lub zbrojnymi zarówno o charakterze międzynarodowym, jak i wewnętrznym, gwałtownymi zdarzeniami o charakterze rewolucji, buntu lub rebelii, przewrotem, zamachem stanu, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, kwarantanną, promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej zarówno w warunkach pokojowych, jak i podczas wojny,
- o) zdarzeniami powstałymi na skutek pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej,
- p) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.

ARTYKUŁ 10. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do opłacania *Składki* za każdego *Ubezpieczonego* w wysokości i terminach określonych w *Umowie Ubezpieczenia* i *Polisie*.
2. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do wykonania względem *Abonenta* obowiązków informacyjnych zgodnie z artykułem 39 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U z 2014 r. poz. 827), a w przypadku zmiany tegoż przepisu, zgodnie z przepisem odpowiadającym artykułowi 39, o którym mowa wcześniej.
3. *Ubezpieczający* zobowiązany jest potwierdzić *Abonentowi* na piśmie (lub innym trwałym nośniku) informacje, o których mowa w ustępie 2, niezwłocznie po przystąpieniu *Abonenta* do *Umowy Ubezpieczenia*. Informacje, o których mowa w ustępie 2, zostaną zawarte w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*.
4. *Ubezpieczający* zobowiązany jest poinformować *Abonenta* o przysługującym mu prawie do odstąpienia od ubezpieczenia bez podawania przyczyn.
5. Na żądanie *Ubezpieczonego*, w trakcie trwania *Umowy Ubezpieczenia* (w czasie której *Ubezpieczony* objęty jest ochroną ubezpieczeniową), *Ubezpieczający* zobowiązany jest potwierdzić *Ubezpieczonemu* treść umowy (warunków) przystąpienia do *Umowy Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 11. OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

WAŻNE: Uposażonym może być dowolna osoba. Uposażonego wskazuje Ubezpieczony. Aby to uczynić, prosimy o podanie:

1. imienia i nazwiska Ubezpieczonego oraz jego nr. PESEL wraz z kopią dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy),
2. nr. Umowy Ubezpieczenia (8963),
3. nazwy Ubezpieczającego (PLAY),
4. imion i nazwisk Uposażonych wraz z ich nr. PESEL, danymi kontaktowymi (adres, numer telefonu) oraz określeniem udziału procentowego.

Pod oświadczeniem o wskazaniu Uposażonego musi podpisać się Ubezpieczony.

Świadczenie wypłacone na podstawie Umowy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatкови od spadków i darowizn.



1. *Uposażony* może być wskazany podczas rozmowy, o której mowa w artykule 5 ustęp 2 lit. a).
2. *Ubezpieczony* może także wskazać *Uposażonych* w dowolnym czasie poprzez złożenie do *Towarzystwa* formularza wskazania *Uposażonych*. Do formularza tego powinna zostać załączona kopia dowodu tożsamości *Ubezpieczonego*.
3. Zmiany *Uposażonego* lub jego wskazania można dokonywać listownie, wysyłając formularz zmiany lub wskazania *Uposażonego* na podany za pośrednictwem *Infolinii Towarzystwa* adres *Towarzystwa*.
4. *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.
5. *Ubezpieczony* może w każdym czasie wskazać, zmienić lub odwołać *Uposażonego* w sposób określony w ustępach 2 i 3.
6. *Świadczenie Ubezpieczeniowe* nie przysługuje *Uposażonemu* 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 12. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. *Zdarzenie ubezpieczeniowe* należy zgłosić za pośrednictwem *Infolinii Towarzystwa* lub pisemnie do *Agenta do spraw Roszczeń*.

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

- **telefonicznie** – za pośrednictwem *Infolinii Towarzystwa* – tel. +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełniony formularz roszczeniowy lub pisemny wniosek zawierający dane wskazane na formularzu wraz z wymaganą dokumentacją do *Agenta do spraw Roszczeń* na adres: MetLife TUnZiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom.

Formularz dostępny jest także na stronie internetowej *Ubezpieczającego* i *Towarzystwa*.



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 zgłaszającej roszczenie do *Świadczenia Ubezpieczeniowego* niezbędne jest przedłożenie *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej:
 - a) w przypadku śmierci *Ubezpieczonego* osoba uprawniona do *Świadczenia Ubezpieczeniowego* składa:
 - kopię odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego*,
 - wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do *Świadczenia Ubezpieczeniowego*,
 - b) w przypadku *Hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *NW Ubezpieczony* składa:
 - wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię karty informacyjnej pobytu w *Szpitalu* zawierającej niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia wraz z wynikami badań,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile *Ubezpieczony* jest w ich posiadaniu, lub podanie adresu i nazwy placówki prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona,
 - w przypadku wypadków przy pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.

4. Jeżeli *Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego* miał miejsce poza granicami Polski, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej *Zdarzenia ubezpieczeniowego* oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.



WAŻNE: W celu rozpatrzenia roszczenia wymagane jest złożenie dokumentacji roszczeniowej przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.

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.
6. *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.

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



7. *Towarzystwo* zobowiązuje się spełnić *Świadczenie Ubezpieczeniowe* w terminie nie dłuższym niż 30 dni, licząc od daty otrzymania przez *Towarzystwo* zawiadomienia o wystąpieniu *Zdarzenia ubezpieczeniowego*.
8. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* albo wysokości *Świadczenia Ubezpieczeniowego* okazało się niemożliwe, *Świadczenie Ubezpieczeniowe* powinno być spełnione w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część *Świadczenia Ubezpieczeniowego* *Towarzystwo* powinno spełnić w 30-dniowym terminie wskazanym powyżej.
9. Jeżeli *Świadczenie Ubezpieczeniowe* nie przysługuje, *Towarzystwo* powiadamia pisemnie osoby uprawnione o odmowie przyznania *Świadczenia Ubezpieczeniowego*, wskazując w uzasadnieniu podstawę faktyczną i prawną odmowy w terminach określonych w ustępach poprzedzających.
10. *Świadczenie Ubezpieczeniowe* spełniane jest w formie jednorazowej wypłaty.

ARTYKUŁ 13. 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 14. REKLAMACJE

1. *Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony* lub uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia* może złożyć *Reklamację*:
- a) pisemnie na adres: MetLife TUŃZIR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - d) osobiście w siedzibie *Towarzystwa*.
2. Każda *Reklamacja* złożona zgodnie z punktem 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie *Reklamacji* i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania *Reklamacji*. W takim przypadku *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego *Reklamację* o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.

WYJAŚNIENIE: Skomplikowane przypadki to takie, w których zaistnieje konieczność ustalenia dodatkowych okoliczności i zebrania brakujących informacji niezbędnych dla rozpatrzenia *Reklamacji*.



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* (www.metlife.pl).

- 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.

ARTYKUŁ 15. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Wszelkie oświadczenia *Towarzystwa i Ubezpieczającego* dotyczące *Umowy Ubezpieczenia* będą sporządzane w formie pisemnej i doręczane na ostatni znany adres drugiej *Strony* za potwierdzeniem odbioru.
- Jeżeli *Strony* wyrażą pisemną zgodę, postanowienia dodatkowe lub odmienne od zawartych w *SWU* mogą zostać włączone do *Umowy Ubezpieczenia*.
- Zmiana *Umowy Ubezpieczenia* wymaga porozumienia *Stron* i formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- Zmiana *Umowy Ubezpieczenia* na niekorzyść *Ubezpieczonego* lub osoby uprawnionej do *Świadczenia Ubezpieczeniowego* wymaga zgody *Ubezpieczonego*.
- 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*.
- W przypadku nieprzekazania *Ubezpieczonemu* informacji, o których mowa w ustępie 5 niniejszego artykułu i zgodnie z tym ustępem, *Ubezpieczający* ponosi wobec *Ubezpieczonego* odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
- Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy Ubezpieczenia* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym, uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia, spadkobiercą Ubezpieczonego* lub spadkobiercą uprawnionego 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, uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego* lub spadkobiercy uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*.
- Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych *SWU* a postanowieniami *Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia*, rozstrzygają postanowienia tego ostatniego.
- W sprawach nieuregulowanych w *SWU* mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
- Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie internetowej *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.

WYJAŚNIENIE: Towarzystwo opublikuje sprawozdania na stronie internetowej od 2017 roku.



- Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2014, poz. 851 j.t. z późn. zm.).
- Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- W relacjach z *Ubezpieczonym* zastosowanie ma język polski.
- 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 ze środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

Warszawa, 29 marca 2016 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.

Infolinia Towarzystwa: tel. +48 791 100 410

© MetLife TUnŻiR S.A., 2016 PEANUTS © 2016 Peanuts Worldwide

MetLife®

MetLife TUnŻiR S.A.

ul. Przemysłowa 26

00-450 Warszawa

e-mail: lifeinfo@metlife.pl

www.metlife.pl