

Karta Produktu

Karta Produktu zawiera podstawowe informacje dotyczące **Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek Niez szczęśliwego Wypadku dla Klientów P4 Sp. z o.o. „Wsparcie Szpitalne” (8963)**. Karta Produktu nie jest częścią Umowy Ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. (Towarzystwo) z siedzibą w Warszawie we współpracy z P4 Sp. z o.o. (Ubezpieczający) z siedzibą w Warszawie i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie i pomóc Klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza ze **Szczególnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Wsparcie Szpitalne” (SWU)**, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu. Pojęcia pisane w Karcie Produktu wielką literą mają znaczenie określone w SWU.

Jeśli cechy produktu zawarte w Karcie Produktu nie są zrozumiałe lub dopasowanie produktu do potrzeb budzi wątpliwość, warto skontaktować się z Infolinią Towarzystwa przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia.

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

Podstawowe dane dotyczące ubezpieczenia

1. Ubezpieczony

Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, będąca stroną zawartej z Ubezpieczającym Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych (Abonent) i która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyła 18. rok życia, a nie ukończyła 65. roku życia.

2. Ubezpieczający

P4 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie

3. Towarzystwo

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

4. Rola P4 Sp. z o.o.

Ubezpieczający

5. Typ i charakter Umowy Ubezpieczenia

Grupowa Umowa Ubezpieczenia o charakterze ochronnym (Umowa Ubezpieczenia)

6. Zakres ubezpieczenia

- śmierć Ubezpieczonego,
- Hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek NW oraz
- Hospitalizacja Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii wskutek NW.

7. Początek ochrony ubezpieczeniowej

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. Przystąpienie do Umowy Ubezpieczenia następuje podczas rejestrowanej rozmowy telefonicznej.

8. Koniec ochrony ubezpieczeniowej

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 SWU,
- g) w przypadku niezapłacenia Składki przez Ubezpieczającego za danego Ubezpieczonego, zgodnie z Artykułem 6 ustęp 5 SWU,
- 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.

9. Kontynuacja lub wznowienie ochrony ubezpieczeniowej

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. Umowa Ubezpieczenia nie przewiduje wznawiania ochrony ubezpieczeniowej.

10. Opłata za ubezpieczenie/składka ubezpieczeniowa

1. Wysokość opłaty za ubezpieczenie zależna jest od wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego i jest płatna miesięcznie za dany Miesiąc Ochrony Ubezpieczeniowej w terminie do Dnia Wymagalności Składki.
2. Opłata za ubezpieczenie wskazana jest na fakturze Ubezpieczonego wystawianej przez Ubezpieczającego.
3. Opłata nie jest indeksowana.
4. Wysokość opłaty za ubezpieczenie dla każdego z wariantów ochrony podana została w punkcie 12 poniżej.
5. Brak innych opłat ponoszonych przez Ubezpieczonego.

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

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 Uposażonym*.

2. Dzielne świadczenie na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW

- a) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dziennie 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.
- b) Wysokość dziennego świadczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek NW jest wskazana w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia jako Suma Ubezpieczenia z tytułu tego zdarzenia.

- c) 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.
 - d) Okres Hospitalizacji, za który naliczane jest dziennie świadczenie na wypadek Hospitalizacji wskutek NW, nie może przekroczyć 180 dni dla każdego Roku trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. **Dzielne świadczenie za pobyt Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM/OIT) wskutek NW**
- a) W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii, w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów medycznych, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dziennie 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.
 - b) Wysokość dziennego świadczenia za pobyt na OIOM/OIT jest wskazana w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia jako Suma Ubezpieczenia z tytułu tego zdarzenia.
 - c) 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 dziennie świadczenie, wynosi 30 dni w ciągu każdego Roku trwania ochrony ubezpieczeniowej.

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.

Wysokość wszystkich możliwych świadczeń z tytułu ubezpieczenia określa tabela w punkcie 12.

- * Uposażony to osoba uprawniona do świadczeń na wypadek śmierci Ubezpieczonego przewidzianych Umową Ubezpieczenia. W części świadczenia równej należności 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 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.

12. Suma Ubezpieczenia

Zakres świadczeń	Pakiet srebrny	Pakiet złoty	Pakiet platynowy
	Sumy Ubezpieczenia		
Dzielne świadczenie na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW	200 zł / dzień	250 zł / dzień	300 zł / dzień
Dzielne świadczenie na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego na OIOM/OIT wskutek NW	200 zł / dzień	250 zł / dzień	300 zł / dzień
Śmierć Ubezpieczonego	216 zł	240 zł	312 zł
Opłata miesięczna	17,99 zł	19,99 zł	25,99 zł

Suma Ubezpieczenia nie jest indeksowana.

13. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Zgodnie z postanowieniami SWU Artykuł 9 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, kręgozmyk, 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 wypoczynkową 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 czynnie 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.

14. Odstąpienie/rezygnacja z Umowy Ubezpieczenia

1. 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.
2. 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 z upływem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, w trakcie którego Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.

15. Zasady i tryb zgłaszania Zdarzenia ubezpieczeniowego

Bezpośrednio do Towarzystwa, niezwłocznie po wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego:

- **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 na adres: MetLife TUnŻiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom. Formularz dostępny jest także na stronie internetowej Ubezpieczającego i Towarzystwa.

Szczegółowe zasady zgłaszania roszczeń oraz dokumenty, jakie należy dołączyć do zgłoszenia roszczenia, wskazane są w SWU w Artykule 7.

16. Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania Reklamacji i mediacja

Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:

- pisemnie na adres: MetLife TUnŻiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom,
- elektronicznie na adres e-mail: kontakt@metlife.pl,
- telefonicznie pod numerem +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- osobiście – w siedzibie Towarzystwa.

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

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

„Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa. Towarzystwo wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej podajemy adresy stron internetowych obu podmiotów:

- Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl> oraz
- Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny.

17. Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż klient

Nie dotyczy.

18. Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia

Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego do otrzymania danego świadczenia zawarte są w punkcie 11.

19. Opodatkowanie świadczeń

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z 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 r., poz. 851 j.t. z późn. zm.).

Zasady opodatkowania mogą podlegać zmianom.

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. MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc. Infolinia Towarzystwa: tel. +48 791 100 410, e-mail: kontakt@metlife.pl, Internet: www.metlife.pl
© MetLife TUnŻiR S.A., 2018

Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie

Informacja dotycząca Grupowego Ubezpieczenia na Życie – Wsparcie Szpitalne

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

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.

Szanowni Państwo,

w ramach umieszczonych w treści SWU pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najistotniejszych zagadnień. 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:

- Abonent** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, która jest stroną zawartej z *Ubezpieczającym* jako operatorem telekomunikacyjnym *Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych*,
- Agent do spraw Roszczeń** – podmiot, który może zostać upoważniony przez *Towarzystwo* do występowania w jego imieniu w sprawach związanych z roszczeniami,
- 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.

- 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*,
- 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 leczenia uzdrawiskowego,
- 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).

- 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*.

- 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*,
- Nieszczęśliwy Wypadek (NW)** – niezależnie 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.

- Okres Rozliczeniowy** – okres, za który dokonywane są rozliczenia zobowiązań *Abonenta* wobec *Ubezpieczającego* z tytułu świadczonych usług telekomunikacyjnych, rozpoczynający się i kończący się we wskazanych przez *Ubezpieczającego* na fakturze dniach miesiący kalendarzowych,
- Pacjent stały** – osoba, której *Hospitalizacja* trwała nieprzerwanie co najmniej 2 dni kalendarzowe, licząc od dnia przyjęcia do dnia wypisania ze *Szpitala*,
- Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
- 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,
- Potwierdzenie przystąpienia do ubezpieczenia** – pisemna informacja przekazywana *Ubezpieczonemu*, zawierająca informacje o podstawowych warunkach ochrony ubezpieczeniowej,
- Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych urazach lub chorobach, które zostały trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
- Reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności,
- Rocznica Polisy** – data wskazana w *Polisie* „Wsparcie Szpitalne” przypadająca co roku trwania *Umowy Ubezpieczenia*,
- 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*,
- 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 Spółka Akcyjna 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 całodobowych 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 załącznikach 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 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*,
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 *Ubezpieczonego*.

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 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*.



WAŻNE: Przystąpienie do ubezpieczenia następuje podczas rejestrowanej rozmowy telefonicznej. Następnie *Ubezpieczający* wysyła 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*. Zrezygnować można również w formie pisemnego oświadczenia wysłanego 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* wskazuje *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. Dzielne świadczenie na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek NW

- 2.1. *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* dziennie 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* trwa co najmniej 4 kolejne dni.
- 2.4. Okres *Hospitalizacji*, za który naliczane jest dziennie 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* dziennie 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* dziennie 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 dziennego 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 dziennie 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 Wyłączenia 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) samookaleceniem lub okaleceniem 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, kręgozmyk, przepuklina krążka międzyżylowego,
- 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 chorobami współistniejącymi 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 czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania albo w wyniku aktów terrorystycznych,
- 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 podatkowi 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 TUŃZiR 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 Ubezpieczonego* 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 i mediacja

1. *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony*, *Uposażony* lub uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia* może złożyć *Reklamację*:
 - a) pisemnie na adres: MetLife TUnZiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: kontakt@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).
6. Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym*, *Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* może zwrócić się w sprawie *Reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
7. *Towarzystwo* wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej podajemy adresy stron internetowych obu podmiotów: Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl> oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny.

Artykuł 15. 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. Jeżeli Strony wyrażą pisemną zgodę, postanowienia dodatkowe lub odmienne od zawartych w *SWU* mogą zostać włączone do *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Zmiana *Umowy Ubezpieczenia* wymaga porozumienia Stron i formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Zmiana *Umowy Ubezpieczenia* na niekorzyść *Ubezpieczonego* lub osoby uprawnionej do *Świadczenia Ubezpieczeniowego* wymaga zgody *Ubezpieczonego*.
5. *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*.
6. 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.
7. 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*.
8. Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych *SWU* a postanowieniami *Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia*, rozstrzygają postanowienia tego ostatniego.

9. W sprawach nieuregulowanych w *SWU* mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
10. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
11. 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.

12. 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.).
13. Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
14. W relacjach z *Ubezpieczonym* zastosowanie ma język polski.
15. 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, 9 stycznia 2017 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa