

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne ubezpieczenie na życie i dożycie z ochroną na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa typ „N”

Informacja dotycząca umowy podstawowej Indywidualne ubezpieczenie na życie i dożycie z ochroną na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa typ „N”

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 2; art. 3; art. 12; art. 15; art. 24; art. 26
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2; art. 5; art. 18; art. 19; art. 20; art. 21
3. kosztów oraz innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych	art. 10
4. wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	art. 24 Informacja o wartości wykupu znajduje się w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Umowa podstawowa

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej *OWU*) stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i są dokumentem wiążącym strony. Znajdujące się w ramach w treści *OWU* komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści *OWU*. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione kursywą zostały zdefiniowane na początku dokumentu.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre postanowienia Umowy oraz trudne sformułowania użyte w treści *OWU*.



PRZYKŁADY

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

Rozdział I. Postanowienia ogólne

Artykuł 1. Wstęp

Niniejsze *OWU* mają zastosowanie do *Umowy* Indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie z ochroną na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa typ „N” zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *Umowy*.

Artykuł 2. Definicje

Definicje określeń użytych w niniejszych *OWU*:

- biuro główne Towarzystwa** – biuro *Towarzystwa*, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26,
- całkowite i trwałe inwalidztwo** – oznacza *niezdolność do pracy* w przypadku *Ubezpieczonego*, który w dniu powstania całkowitego i trwałego inwalidztwa nie ukończył 65. roku życia i nie posiada prawa do emerytury lub renty z tytułu *niezdolności do pracy* w rozumieniu Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 1998 nr 162 poz. 1118), w pozostałych przypadkach *całkowite i trwałe inwalidztwo* oznacza *niezdolność do samodzielnej egzystencji*,
- data opłacenia składki** – dzień wpływu całej *składki* na rachunek bankowy wskazany przez *Towarzystwo*,
- data wejścia w życie** – data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu *umowy podstawowej* lub *umowy dodatkowej* wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* jako *data wejścia w życie*. Data wejścia w życie *umowy podstawowej* przypada nie później niż 90. dnia od daty podpisania przez *Ubezpieczającego* wniosku o zawarcie *umowy podstawowej*, z zastrzeżeniem postanowień określonych w artykule 6,
- data wygaśnięcia** – data wygaśnięcia *umowy podstawowej* lub *umowy dodatkowej* wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*,
- data zawarcia Umowy** – data doręczenia *Ubezpieczającemu* *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*, z zastrzeżeniem postanowień określonych w artykule 6,
- indeksacja** – podwyższenie *składki* i *sumy ubezpieczenia* dokonywane przez *Towarzystwo* w *rocznicę Umowy*, na zasadach określonych w artykule 12,
- 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 umowy podstawowej.

- niezdolność do pracy** – *niezdolność Ubezpieczonego* do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie z powodu uszkodzenia ciała lub choroby, trwająca nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy, licząc od dnia jej powstania i po zakończeniu tego okresu pozostająca całkowitą i trwałą. Niezależnie od powyższych postanowień dla celów *Umowy* za *niezdolność do pracy* uznaje się całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w obu oczach lub utratę co najmniej dwóch kończyn (co najmniej dwóch stóp lub stopy i dłoni bądź dwóch dłoni), lub paraliż co najmniej dwóch kończyn, będące skutkiem *NW* lub choroby,
- niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan potwierdzony przez lekarza, trwający nieprzerwanie przez co najmniej 180 dni, polegający na *niezdolności do samodzielnego* (bez pomocy drugiej osoby) wykonywania co najmniej czterech z poniższych czynności życia codziennego:
 - korzystanie z toalety,
 - mycie się, czyli wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej (rozumiane jako kąpiel w wannie lub pod prysznicem),
 - spożywanie przygotowanych posiłków,
 - przechodzenie z łóżka na wózek lub krzesło i z powrotem,
 - przemieszczanie się, czyli umiejętność samodzielnego poruszania się na jednym poziomie po powierzchni płaskiej, także przy wykorzystaniu laski, chodzika,
 - ubieranie i rozbieranie się.Niezależnie od powyższych postanowień dla celów niniejszej *Umowy* za *niezdolność do samodzielnej egzystencji* uznaje się całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w obu oczach lub co najmniej dwóch kończyn (dwóch stóp lub stopy i dłoni bądź dwóch dłoni), lub paraliż co najmniej dwóch kończyn, będące skutkiem *NW* lub choroby,
- ochrona tymczasowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana zgodnie z postanowieniami artykułu 5 osobie wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jako *Ubezpieczony*,
- okres prolongaty** – okres 60 dni rozpoczynający się dnia następującego po *terminie wymagalności składki*, jeśli nie została ona zapłacona w terminie i należytej wysokości; w okresie prolongaty *Ubezpieczony* i *Współubezpieczony* jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu *Umowy*. Okres prolongaty nie ma zastosowania do pierwszej *składki*,
- OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia,
- podpisy wzorcowe** – podpisy *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* i *Współubezpieczonego*, stanowiące wzory, z jakimi będą porównywane ich podpisy z późniejszymi wnioskami i oświadczeniami,
- reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Współubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalność,
- rocznica Umowy** – dzień każdego kolejnego roku obowiązywania *Umowy*, który datą odpowiada *dacie wejścia w życie umowy podstawowej*,
- składka** – kwota, jaką *Ubezpieczający* jest zobowiązany regularnie opłacać z tytułu niniejszej *Umowy*, zgodnie z trybem jej opłacania. Jest ona wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* lub w stosownym załączniku. Obejmuje *składkę za umowę podstawową* oraz *składki z tytułu umów dodatkowych*, jeśli są zawarte,
- suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, która określa maksymalne zobowiązanie *Towarzystwa* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia wystawiony przez *Towarzystwo*, potwierdzający zawarcie *Umowy* oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego* i *Współubezpieczonego*,



WAŻNE: W komentarzach mówiąc o *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* używamy pojęcia *polisa*.

- techniczna stopa procentowa** – roczna stopa zwrotu z inwestycji założona odpowiednio do kalkulacji *składki* lub świadczenia z tytułu *umowy podstawowej*,

21. **termin wymagalności składki** – dzień każdego kolejnego okresu obowiązywania *Umowy*, zgodnego z trybem opłacania *składek*, który dniem odpowiada *dacie wejścia w życie Umowy*,



WAŻNE: Jeżeli np. data wejścia w życie *Umowy* przypada 16 czerwca, wówczas w każdym kolejnym roku termin wymagalności składki przypada odpowiednio: dla składki opłacanej: rocznie – 16 czerwca; miesięcznie – 16. dnia każdego miesiąca.

22. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie,
23. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z *Towarzystwem Umowę*,



WAŻNE: Zwracamy uwagę na różnicę pomiędzy *Ubezpieczonym* a *Ubezpieczającym*. *Ubezpieczający* to osoba (lub podmiot), która zawiera *Umowę* z *Towarzystwem* i jest zobowiązana do opłacania *składek*. *Ubezpieczony* to osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest chronione. *Ubezpieczający* i *Ubezpieczony* mogą być tą samą osobą.

24. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, której życie i zdrowie jest przedmiotem *Umowy*,
25. **Umowa** – umowa ubezpieczenia, na którą składają się postanowienia niniejszych *OWU*, *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*, *umowy dodatkowe*, oświadczenia zamieszczone we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz zaświadczenia lekarskie i wszelkie zgodne oświadczenia woli *Ubezpieczającego*, *Ubezpiezonego*, *Współubezpiezonego* oraz *Towarzystwa* załączone do umowy ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część,
26. **umowa dodatkowa** – część *Umowy* zapewniająca dodatkową ochronę ubezpieczeniową,
27. **umowa podstawowa** – Indywidualne ubezpieczenie na życie i dożycie z ochroną na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa typ „N”,
28. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie jako uprawniona do świadczeń przewidzianych *Umową* na wypadek śmierci *Ubezpiezonego* lub *Współubezpiezonego*, o ile jest objęty ochroną z tego tytułu w ramach *umowy dodatkowej*,
29. **wartość wykupu** – kwota wypłacana na wniosek *Ubezpieczającego* w przypadku rozwiązania *Umowy*, wyliczana zgodnie z zasadami opisanymi w artykule 24 niniejszych *OWU*,
30. **wskaźnik indeksacji** – wskaźnik stosowany do podwyższenia składki z tytułu *indeksacji* z *Umowy*, określony w artykule 12,
31. **Współubezpieczony** – wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w ramach *umowy dodatkowej*,
32. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej *umowy podstawowej*:
a) dożycie przez *Ubezpiezonego* *daty wygaśnięcia umowy podstawowej* lub
b) śmierć *Ubezpiezonego* w okresie obowiązywania *umowy podstawowej*, lub
c) *całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpiezonego* powstałe w okresie obowiązywania *umowy podstawowej*.

Rozdział II. Ochrona ubezpieczeniowa i jej zakres

Artykuł 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia *Ubezpiezonego* oraz gromadzenie oszczędności.



WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę, na całym świecie. Jeżeli *Ubezpieczony* dożyje do daty wskazanej w polisie jako data wygaśnięcia umowy podstawowej, *Towarzystwo* wypłaci sumę ubezpieczenia na dożycie.

2. *Towarzystwo* zobowiązuje się wypłacić, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności *Towarzystwa*, jedno ze świadczeń wymienionych poniżej, którego obowiązek wypłaty powstał jako pierwszy:
a) *Ubezpieczonemu* sumę ubezpieczenia na dożycie, jeżeli *Ubezpieczony* pozostaje przy życiu w *dacie wygaśnięcia umowy podstawowej*,
b) *Uposażonemu Ubezpieczonemu* sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci, jeżeli śmierć *Ubezpiezonego* nastąpi przed *datą wygaśnięcia umowy podstawowej*,
c) *Ubezpieczonemu* sumę ubezpieczenia na wypadek *całkowitego i trwałego inwalidztwa*, jeżeli w okresie obowiązywania *Umowy Ubezpieczony* dozna *całkowitego i trwałego inwalidztwa*.
3. Świadczenia określone w punktach b) i c) powyżej zostaną ustalone na podstawie *sumy ubezpieczenia* obowiązującej odpowiednio w dniu śmierci *Ubezpiezonego* lub w dniu powstania u *Ubezpiezonego* *całkowitego i trwałego inwalidztwa*.
4. Określone w niniejszym artykule świadczenia będą powiększone o udział w zysku, naliczany zgodnie z zasadami opisanymi w artykule 26 niniejszych *OWU*.



WAŻNE: Co roku *Towarzystwo* informuje o aktualnych wysokościach sum ubezpieczenia i naliczonego udziału w zysku, a gdy *Umowa* posiada wartość wykupu, to dodatkowo o jej wysokości.

5. Jeżeli świadczenie z tytułu *Umowy* będzie wypłacane osobie będącej *Ubezpieczającym*, *Towarzystwo* pomniejszy wypłacaną kwotę o wymagalne wierzytelności wynikające z *OWU*.

Artykuł 4. Suma ubezpieczenia

1. Wysokość *sumy ubezpieczenia* jest wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
2. *Ubezpieczający* w *rocznicę Umowy* może wnioskować o obniżenie *sumy ubezpieczenia*. W przypadku *Umowy* zawartej na cudzy rachunek *Ubezpieczający* może wnioskować o taką zmianę po uzyskaniu uprzedniej zgody *Ubezpiezonego*.
3. Zmiana *sumy ubezpieczenia* wymaga zgody *Towarzystwa*. *Towarzystwo* przedstawi pisemnie warunki obniżenia *sumy ubezpieczenia*.
4. Obniżenie *sumy ubezpieczenia* wiąże się z obniżeniem *składki* za *Umowę*.



WAŻNE: Obniżenie *sumy ubezpieczenia* wiąże się z utratą części wpłaconych środków.

Artykuł 5. Ochrona tymczasowa

1. Definicje:
a) **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
b) **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada.
2. *Towarzystwo* udziela *Ubezpieczonemu* *ochrony tymczasowej* na wypadek śmierci *Ubezpiezonego* w wyniku *NW*.
3. Odpowiedzialność *Towarzystwa* polega na obowiązku wypłaty *Uposażonemu Ubezpieczonemu* świadczenia w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia *sumy ubezpieczenia* z tytułu *umowy podstawowej*, jednak nie więcej niż 100 000,00 zł.
4. Odpowiedzialność *Towarzystwa* z tytułu *ochrony tymczasowej* rozpoczyna się od dnia następnego po łącznym spełnieniu następujących warunków:
a) podpisaniu przez *Ubezpieczającego* wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, pod warunkiem jego wpływu do *Towarzystwa* oraz
b) wpływie na rachunek *Towarzystwa* kwoty na poczet pierwszej *składki* z tytułu *Umowy*, z zastrzeżeniem, że wpłacona kwota nie może być niższa niż *składka* z tytułu *Umowy* zadeklarowana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zgodnie z wybranym trybem płatności i została opłacona w sposób zgodny z wymogami *Towarzystwa*.
5. Odpowiedzialność *Towarzystwa* z tytułu *ochrony tymczasowej* kończy się we wcześniejszej z dat:
a) w dniu poprzedzającym datę zawarcia *Umowy* lub
b) w dniu złożenia przez *Ubezpieczającego* sprzeciwu na piśmie, w przypadku kiedy treść *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* zawiera postanowienia odbiegające od treści wniosku *Ubezpieczającego* o zawarcie umowy ubezpieczenia lub treści *OWU*, lub
c) w dniu niewyrażenia przez *Towarzystwo* zgody na zawarcie *Umowy*, lub

- d) w dniu otrzymania przez *Towarzystwo* oświadczenia *Ubezpieczającego* o rezygnacji z zawarcia *Umowy*, lub
- e) w dniu śmierci *Ubezpieczonego* w okresie obowiązywania *ochrony tymczasowej*, lub
- f) po upływie 90 dni od daty podpisania przez *Ubezpieczającego* wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- W przypadkach opisanych w punktach b) – f) *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* wpłaconą do *Towarzystwa* kwotę na poczet pierwszej *składki*.
6. Wypłata świadczenia z tytułu *ochrony tymczasowej* nie zostanie dokonana, jeżeli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpiła w wyniku:
- choroby *Ubezpieczonego*, lub wystąpienia u *Ubezpieczonego*: niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków jej leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgoszyku, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skażenia lub zranienia),
 - wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez *Ubezpieczonego* w stanie po użyciu alkoholu lub stanie nietrzeźwości, po spożyciu leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego* niezależnie od stanu poczytalności,
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - działań wojennych, czynnego udziału *Ubezpieczonego* w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przez *Ubezpieczonego* przestępstwa, umyślnego udziału *Ubezpieczonego* w innym czynnie zabronionym lub stawiania przez *Ubezpieczonego* oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
 - pełnienia przez *Ubezpieczonego* służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania przez *Ubezpieczonego* pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
 - wykonywania przez *Ubezpieczonego* jednej z wymienionych czynności: sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
 - uczestnictwa *Ubezpieczonego* w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łądź lub nart wodnych lub zawodach konnych,
 - podróży *Ubezpieczonego* jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.

Rozdział III. Umowa ubezpieczenia

Artykuł 6. Zawarcie Umowy i początek odpowiedzialności Towarzystwa

- Warunkiem zawarcia *Umowy* jest otrzymanie i zaakceptowanie przez *Towarzystwo*:
 - podpisanego przez *Ubezpieczającego* wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - kwoty na poczet pierwszej *składki* opłaconej przez *Ubezpieczającego*,
 - wymaganych przez *Towarzystwo* dokumentów, dotyczących w szczególności stanu zdrowia (w tym poddaniu się badaniu przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo*) oraz sytuacji podatkowej i finansowej odpowiednio *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, niezbędnych do podjęcia decyzji o objęciu ochroną ubezpieczeniową.
- Odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się od daty wejścia w życie *Umowy*, pod warunkiem zawarcia *Umowy*.



WAŻNE: Data wejścia w życie *Umowy* jest datą wskazaną w polisie, od której *Ubezpieczony* jest chroniony. Natomiast data zawarcia *Umowy* jest datą odebrania polisy przez *Ubezpieczającego*, dlatego ważne, by jak najszybciej odebrać polisę.

- Umowa* zostaje zawarta z datą doręczenia *Ubezpieczającemu* przez *Towarzystwo* *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*, z zastrzeżeniem punktu 4, 5 i 6.
- Jeżeli treść *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* zawiera postanowienie odbiegające od treści:
 - wniosku *Ubezpieczającego* o zawarcie umowy ubezpieczenia lub
 - OWU*,*Towarzystwo* przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.



WAŻNE: Wniosek o zawarcie ubezpieczenia podlega ocenie ryzyka przez *Towarzystwo*. W niektórych przypadkach, ze względu na np. stan zdrowia *Ubezpieczonego*, *Towarzystwo* może zaproponować zmianę warunków *Umowy*, np. obniżenie sumy ubezpieczenia lub podwyższenie składki.

- W przypadku określonym w punkcie 4 a), jeżeli *Ubezpieczający* w terminie 7 dni od doręczenia *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, *Umowa* zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
- Zawarcie *Umowy* z *Ubezpieczającym*, który oświadczył, iż jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (dalej PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd, Członka Zarządu *Towarzystwa* lub osobę upoważnioną przez Zarząd *Towarzystwa*.

Artykuł 7. Zmiana Umowy na wniosek Ubezpieczającego

- Umowa* może być zmieniona na wniosek *Ubezpieczającego* pod warunkiem:
 - doręczenia *Towarzystwu* pisemnego wniosku *Ubezpieczającego* o zmianę najpóźniej 60 dni przed rocznicą *Umowy*, podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym lub w innej formie zaakceptowanej przez strony oraz
 - wyrażenia zgody przez *Towarzystwo* na wnioskowaną zmianę, oraz
 - opłacenia przez *Ubezpieczającego* związanej z tym należnej *składki* w terminie jej wymagalności.
- W przypadku *Umowy* zawartej na cudzy rachunek *Ubezpieczający* może wnioskować o zmianę po uzyskaniu uprzedniej zgody odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.
- Wszelkie zmiany *Umowy* wymagają potwierdzenia w formie pisemnej. Każdy dokument stwierdzający powyższą zmianę stanowi załącznik do *Umowy*.



PRZYKŁAD: Przykładową zmianą *Umowy* na wniosek *Ubezpieczającego* jest rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej poprzez zawarcie umowy dodatkowej.

Artykuł 8. Prawa Ubezpieczającego wynikające z Umowy

- Z zastrzeżeniem praw *Ubezpieczonego*, *Współubezpieczonego* lub *Uposażonego* określonych *Umową* oraz bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa wszelkie prawa z tytułu *Umowy* przysługują *Ubezpieczającemu*.
- W przypadku śmierci *Ubezpieczającego*, będącego inną osobą niż *Ubezpieczony*, wszelkie prawa i obowiązki wynikające z *Umowy* przechodzą na jego spadkobierców.
- W przypadku ustania *Ubezpieczającego*, będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z *Umowy* przechodzą na jego następców prawnych.

Artykuł 9. Cesja praw z Umowy

Przeniesienie praw z *Umowy* (cesja) wymaga pisemnej zgody *Towarzystwa*. *Towarzystwo* nie ponosi odpowiedzialności za skuteczność cesji w stosunkach pomiędzy cedentem i cesjonariuszem.

Artykuł 10. Duplikat Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia

- W przypadku zagubienia bądź zniszczenia *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* *Towarzystwo* za opłatą w wysokości 40 zł i na wniosek *Ubezpieczającego* wydaje duplikat dokumentu ubezpieczenia.
- Z dniem wydania duplikatu oryginał *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* traci swoją ważność.

Rozdział IV. Składka

Artykuł 11. Opłacanie składek

- Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa i okresów odroczenia odpowiedzialności, okresu ubezpieczenia, *technicznej stopy procentowej*, wyniku indywidualnej oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego osoby, która ma być objęta ochroną ubezpieczeniową, w tym wieku oraz wykonywanej pracy, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
- Składka może być opłacana w trybie rocznym lub miesięcznym po wcześniejszym uzgodnieniu przez strony Umowy. Na wniosek Ubezpieczającego oraz za zgodą Towarzystwa w trakcie obowiązywania Umowy może nastąpić zmiana trybu opłacania składek.
- Minimalna składka z tytułu Umowy to 200 zł przy miesięcznym trybie opłacania lub 2 400 zł w przypadku rocznego trybu opłacania. Limity te zachowują ważność przez cały okres Umowy z wyłączeniem sytuacji, gdy wysokość składki zmienia się w przypadku wygaśnięcia którejkolwiek umowy dodatkowej na skutek:
 - powstania obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej lub
 - wygaśnięcia umowy dodatkowej z powodu wieku Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego wskazanego w OWU umowy dodatkowej, lub
 - śmierci Współubezpieczonego, lub
 - niezaakceptowania zmienionych warunków umowy dodatkowej po upływie 5-letniego okresu.
- Maksymalna składka za umowę podstawową wynosi 2 000 zł przy miesięcznym trybie opłacania lub 24 000 zł w przypadku rocznego trybu opłacania. Limity te zachowują ważność przez cały okres Umowy z wyłączeniem sytuacji, gdy wysokość składki za umowę podstawową zmienia się w przypadku opisanej w artykule 12 automatycznej indeksacji składek.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty Towarzystwu składki z góry w wysokości i trybie określonych w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Począwszy od drugiej należnej składki, Ubezpieczającemu, który nie opłaci składki w terminie wymagalności, przysługuje dodatkowa 60-dniowa prolongata terminu płatności (okres prolongaty), liczona od terminu wymagalności składki.
- W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w terminie wymagalności Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do opłacenia składki i poinformuje o skutkach jej nieopłacenia.
- Skutkiem nieopłacenia Umowy jest:
 - automatyczna zamiana na umowę bezskładkową, jeżeli Umowa posiada wartość wykupu oraz suma ubezpieczenia po zamianie będzie większa lub równa minimalnej sumie ubezpieczenia bezskładkowego, ustalonej przez Towarzystwo. Automatyczna zamiana Umowy na umowę bezskładkową zostanie przeprowadzona na zasadach opisanych w artykule 14 z upływem okresu prolongaty, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania, o którym mowa w punkcie 6,
 - automatyczny wykup Umowy, jeżeli Umowa posiada wartość wykupu, ale suma ubezpieczenia bezskładkowego byłaby niższa niż minimalna suma ubezpieczenia bezskładkowego, ustalona przez Towarzystwo. Umowa wygaśnie i automatyczny wykup Umowy zostanie dokonany z upływem okresu prolongaty, wówczas Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość wykupu Umowy zgodnie z artykułem 24, naliczoną na dzień wygaśnięcia Umowy,
 - wygaśnięcie Umowy z upływem okresu prolongaty, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania, o którym mowa w punkcie 7, jeśli Umowa nie spełnia żadnego z warunków opisanych w punktach a) i b) powyżej.
- Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu druków/formularzy do opłacania składek. Składka powinna być opłacona przez Ubezpieczającego niezależnie od otrzymania druków/formularzy.

Artykuł 12. Indeksacja



WYJAŚNIENIE: Umowa jest indeksowana od pierwszej rocznicy Umowy. Wpłacenie zindeksowanej składki powoduje podwyższenie sum ubezpieczenia.

- W rocznicę Umowy Towarzystwo dokonuje automatycznej indeksacji składki, o ile Ubezpieczający wyrazi na to zgodę przed zawarciem Umowy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Indeksacja składki powoduje podwyższenie sum ubezpieczenia i składki z tytułu Umowy, przy czym składka zostanie powiększona o wskaźnik indeksacji, natomiast nowa podwyższona suma ubezpieczenia jest kalkulowana w oparciu o wzrost składki, poziom ryzyka ubezpieczeniowego, aktualny wiek Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz okres, jaki pozostał do daty wygaśnięcia.
- Indeksacja dokonywana jest w oparciu o wskaźnik indeksacji, który będzie zatwierdzany każdego roku przez Towarzystwo do dnia 30 września. Wskaźnik indeksacji będzie stosowany do Umów, których rocznica przypada w okresie pomiędzy dniem 1 grudnia danego roku a dniem 30 listopada następnego roku. Jeżeli wskaźnik inflacji jest mniejszy od 3%, wówczas wskaźnik indeksacji wynosi 3%. W przeciwnym wypadku wskaźnik indeksacji jest równy wskaźnikowi inflacji zaokrąglonemu do pełnego procenta w górę. Wskaźnik inflacji oznacza wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w okresie poprzedzających dwunastu miesięcy, tj. od 1 września poprzedniego roku do 31 sierpnia danego roku, ogłaszany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. W razie zaniechania ogłaszania powyższego wskaźnika inflacji stosować się będzie inny procentowy wskaźnik określający wzrost cen towarów i usług konsumpcyjnych w tym samym okresie, ogłaszany przez właściwy organ lub instytucję państwową.
- Ostatnia automatyczna indeksacja składki zostanie dokonana w rocznicę Umowy przypadającą na datę nie późniejszą niż 4 lata przed datą wygaśnięcia Umowy wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Jeżeli Ubezpieczający nie wyraził zgody na automatyczną indeksację składki przed zawarciem Umowy, może on złożyć do Towarzystwa wniosek o wprowadzenie indeksacji składki w trakcie trwania Umowy, każdorazowo nie później niż na 30 dni przed dniem rocznicy Umowy, od której zmiana ta miałaby obowiązywać. Po zaakceptowaniu określonego wyżej wniosku Towarzystwo dokonuje automatycznej indeksacji składki w każdą rocznicę Umowy.
- Na 30 dni przed każdą rocznicą Umowy do Ubezpieczającego zostanie wysłany list informujący o nowych wartościach sumy ubezpieczenia, składki i wskaźnika indeksacji.
- Ubezpieczający może zrezygnować z indeksacji składki, składając do Towarzystwa stosowny wniosek o anulowanie indeksacji, każdorazowo nie później niż 14 dni przed rocznicą Umowy, od której zmiana ta miałaby obowiązywać.
- Indeksacja nie może być dokonywana w przypadku zmiany ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe oraz w trakcie zawieszenia opłacania składek lub w przypadku, gdy Towarzystwo przejęło obowiązek opłacania składki.

Artykuł 13. Zawieszenie opłacania składek



WYJAŚNIENIE: W przypadku Umów opłacanych przez minimum 2 lata Ubezpieczający może wnioskować o zawieszenie opłacania składek na okres do 6 miesięcy. W tym czasie, mimo że składka nie jest opłacana, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy jest udzielana. Po zakończeniu okresu zawieszenia opłacania składek Ubezpieczający może uzupełnić wszystkie brakujące składki i Umowa trwa nadal. Może on również złożyć wniosek o wykup Umowy lub zamienić ją na umowę bezskładkową. Jeśli Ubezpieczający nie opłaci składki i nie złoży wniosku o wykup lub zamianę na umowę bezskładkową, zostanie uruchomiona jedna z procedur opisanych w artykule 11 punkt 8, w zależności od wysokości wartości wykupu.

- Od drugiej do przedostatniej rocznicy Umowy Ubezpieczający może wnioskować o zawieszenie opłacania składek, pod warunkiem opłacenia wszystkich należnych składek do dnia złożenia wniosku o zawieszenie. Towarzystwo udziela lub odmawia zgody na zawieszenie opłacania składek w formie pisemnej.
- Zawieszenie opłacania składek może nastąpić na czas ustalony przez strony, jednak nie dłuższy niż 180 dni liczonych od daty wymagalności ostatniej nieopłaconej składki.
- Zawieszenie opłacania składek rozpoczyna się od najbliższego terminu wymagalności składki następującego po udzieleniu przez Towarzystwo zgody na zawieszenie opłacania składek. Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o udzieleniu zgody na zawieszenie opłacania składek oraz terminie, od którego zostanie zawieszona opłacenie składek.
- W okresie zawieszenia opłacania składek Towarzystwo udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy. W tym czasie Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do indeksacji.
- Ubezpieczający może wznowić opłacanie zawieszonych składek przed upływem okresu zawieszenia po poinformowaniu o tym fakcie Towarzystwa.
- Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o dacie upływu okresu zawieszenia opłacania składek najpóźniej na 30 dni przed jego zakończeniem, podając termin wymagalności składek oraz wzywając do zapłaty tych składek. Towarzystwo poinformuje również o skutkach ich nieopłacenia.
- Po zakończeniu okresu zawieszenia opłacania składek Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia wszystkich zaległych składek.
- W przypadku nieopłacenia zaległych składek po upływie okresu zawieszenia lub w przypadku wypowiedzenia Umowy w okresie zawieszenia, mimo otrzymania wezwania do zapłaty w terminie zgodnie z punktem 6 powyżej, będą miały zastosowanie postanowienia artykułu 11 punkt 8, z zastrzeżeniem, że Towarzystwo pomniejszy wartość wykupu o zaległe składki, należne za okres zawieszenia.
- Ubezpieczający może po raz kolejny wnioskować o zawieszenie opłacania składek po upływie minimum 5 lat od daty rozpoczęcia ostatniego zawieszenia składek.

Artykuł 14. Ubezpieczenie bezskładkowe



WYJAŚNIENIE: Po przekształceniu Umowy w ubezpieczenie bezskładkowe Ubezpieczający zaprzestaje opłacania składek, a Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z obniżoną sumą ubezpieczenia. Obniżona suma ubezpieczenia nie może być mniejsza niż minimalna suma ubezpieczenia bezskładkowego ustalona przez Towarzystwo. Przekształcenie Umowy w ubezpieczenie bezskładkowe jest nieodwracalne i powoduje wygaśnięcie umów dodatkowych oraz prawa do udziału w zysku.

1. Zmiana na ubezpieczenie bezskładkowe zostanie dokonana pod warunkiem opłacenia wszystkich *składek* należnych do pierwszej *rocznicy Umowy* i doręczenia do Towarzystwa pisemnego wniosku, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym*.
2. Umowa bezskładkowa pozostaje w mocy bez konieczności opłacania dalszych *składek*.
3. *Sumy ubezpieczenia* na dożycie, na wypadek śmierci oraz na wypadek *całkowitego i trwałego inwalidztwa* po zmianie na umowę bezskładkową ulegają obniżeniu. Ich nowe wysokości zależą od liczby pełnych lat obowiązywania *Umowy*, które upłynęły od *daty wejścia w życie Umowy* do daty jej zamiany na bezskładkową, oraz od *wartości wykupu* powiększonej o przyznany udział w zysku. *Sumy ubezpieczenia* bezskładkowego są podane w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*. W przypadku istnienia jakichkolwiek należności od *Ubezpieczającego* w momencie dokonania zamiany podana *suma ubezpieczenia* zostanie pomniejszona o procent odpowiadający stosunkowi tych należności do *wartości wykupu*.
4. Zamiana *Umowy* na bezskładkową jest nieodwracalna i powoduje wygaśnięcie wszystkich *umów dodatkowych* z wyjątkiem tych, których warunki stanowią inaczej.
5. Towarzystwo wyrazi zgodę na zamianę *Umowy* na bezskładkową wtedy, gdy *suma ubezpieczenia* po zamianie będzie większa lub równa minimalnej *sumie ubezpieczenia* bezskładkowego, ustalonej przez Towarzystwo. Informacja o minimalnej sumie ubezpieczenia bezskładkowego jest dostępna w *biurze głównym Towarzystwa* i w jego uprawnionych przedstawicielstwach.
6. Po zamianie *Umowy* na bezskładkową *Ubezpieczający* traci prawo do udziału w zysku.
7. Artykuł 12 Indeksacja nie ma zastosowania do *Umowy* bezskładkowej.

Rozdział V. Wypłata świadczenia i Uposażony

Artykuł 15. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przedłożenie *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej:
 - a) w przypadku dożycia przez *Ubezpieczonego* *daty wygaśnięcia umowy podstawowej Ubezpieczonego* składa:
 - wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia na dożycie potwierdzony przez uprawnionego przedstawiciela *Towarzystwa*,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* poświadczoną za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przez osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub organ wydający dokument;
 - b) w przypadku śmierci *Ubezpieczonego* osoba uprawniona do świadczenia składa:
 - wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia indywidualnego – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - odpis skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego* w oryginale lub kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem przez notariusza lub osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub organ wydający dokument,
 - kopię dokumentu tożsamości każdego z *Uposażonych/spadkobierców* poświadczoną za zgodność z oryginałem przez notariusza lub osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub organ wydający dokument,
 - kopię karty statystycznej do karty zgonu lub kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu,
 - w przypadku zgonu osoby *Uposażonej* – odpisu skróconego aktu zgonu *Uposażonego* w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza lub osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub organ wydający dokument.Jeśli śmierć *Ubezpieczonego* została spowodowana *nieszczęśliwym wypadkiem*, dodatkowo należy przedłożyć *Towarzystwu* dokumenty określone poniżej:
 - kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub
 - kopię wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie, kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę w przypadku wypadku w pracy,
 - kopię innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku;
 - c) w przypadku *całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego* składa:
 - wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia indywidualnego – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopię kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - kopię zwolnień lekarskich oraz orzeczeń o zakresie i okresie *niezdolności do pracy* lub niepełnosprawności,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.Jeśli *całkowite i trwałe inwalidztwo* zostało spowodowane *nieszczęśliwym wypadkiem*, dodatkowo należy przedłożyć *Towarzystwu* dokumenty określone poniżej:
 - kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopię wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
 - kopię innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku.



WAŻNE: Zgłoszenie roszczenia z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa powinno zostać doręczone Towarzystwu za życia Ubezpieczonego oraz w czasie trwania całkowitego i trwałego inwalidztwa.

Jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Towarzystwo* poinformuje o tym niezwłocznie. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii dokumentów. Poświadczenia dokumentów za zgodność z oryginałem mogą dokonać: notariusz, osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub w jego uprawnionym przedstawicielstwie lub organ wydający dokument.



WYJAŚNIENIE: Więcej informacji o wymaganych dokumentach, formach poświadczania oraz obsłudze roszczeń znajduje się na stronie internetowej *Towarzystwa*. W sprawie wypłaty świadczenia można się zwrócić bezpośrednio do *Towarzystwa* w jeden z poniższych sposobów:

- on-line przez portal e-rozszczenie: dostępny na stronie www.eroszczeniemetlife.pl,
- elektronicznie na adres e-mail: roszczenia@metlife.pl,
- telefonicznie pod numerem: +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- pisemnie na adres siedziby *Towarzystwa*: MetLife TUnZiR S.A., Dział Roszczeń, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- osobiście: w siedzibie *Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie.

2. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało 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 doręczenie *Towarzystwu* dokumentacji roszczeniowej przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.

3. *Towarzystwo* – po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia prześle osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie, wyżej wymienione formularze, o ile są wymagane. Przesłanie do *Towarzystwa* wypełnionych formularzy i dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu niniejszej *Umowy* oraz odpowiedzialności *Towarzystwa*.



WAŻNE: Prosimy o możliwie szybkie powiadomienie *Towarzystwa* o zaistniałym zdarzeniu.

4. W przypadkach uzasadnionych *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.



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.

5. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.
6. *Towarzystwo* zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie 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 *Towarzystwo* powinno spełnić w terminie wskazanym w punkcie 6 niniejszego artykułu.

Artykuł 16. Badanie lekarskie

Towarzystwo ma prawo do przeprowadzenia badań *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo* w celu potwierdzenia całkowitego i trwałego inwalidztwa. Jeżeli *Ubezpieczony* odmówi poddania się tym badaniom, *Towarzystwo* w oparciu o posiadaną dokumentację podejmie decyzję co do zgłaszanego roszczenia. Świadczenie z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa zostanie przyznane na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.



WYJAŚNIENIE: *Towarzystwo* kieruje *Ubezpieczającego* na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa*. Badania te są wykonywane we współpracującej z *Towarzystwem* placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczającego*.

Artykuł 17. Wskazanie i zmiana Uposażonego



WAŻNE: Uposażonego wskazuje *Ubezpieczony* i *Współubezpieczony*. Może to być dowolna osoba. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* i *Współubezpieczonego* jest zwolnione z podatku od spadków i darowizn.

1. W przypadku wszystkich *Umów*, również tych zawartych na cudzy rachunek, *Ubezpieczony* i *Współubezpieczony* mają prawo do samodzielnego wskazania i zmiany *Uposażonego* przez doręczenie do *Towarzystwa* pisemnego oświadczenia, podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym.
2. Zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *Towarzystwo* skutecznego oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
3. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne.
4. Jeżeli w chwili śmierci odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* nie ma osoby *Uposażonego*, świadczenie na wypadek śmierci należne z tytułu *Umowy* przypada osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.

Rozdział VI. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności *Towarzystwa*



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

Artykuł 18. Samobójstwo

1. W przypadku samobójstwa *Ubezpieczonego* (niezależnie od stanu jego poczytalności) w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia *Umowy* *Towarzystwo* wypłaci spadkobiercom *Ubezpieczonego* sumę zapłaconych składek z tytułu *umowy podstawowej*. W sytuacji, gdy *Ubezpieczony* jest inną osobą niż *Ubezpieczający*, wskazana powyżej kwota zostanie wypłacona *Ubezpieczającemu*.
2. W przypadku samobójstwa *Ubezpieczonego* po upływie dwóch lat od daty zawarcia *Umowy* *Towarzystwo* wypłaci *Uposażonemu* *Ubezpieczonego* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci wskazanej w Szczegółowej *Umowie* *Ubezpieczenia*.
3. W przypadku, gdy w ciągu ostatnich dwóch lat przed datą samobójstwa podwyższono sumę ubezpieczenia, *Towarzystwo* wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci obowiązującej 2 lata wstecz (licząc od dnia popełnienia samobójstwa), powiększone o składki zapłacone w związku z podwyższeniem sumy ubezpieczenia.

Artykuł 19. Zatajenie informacji

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

Artykuł 20. Ryzyko wojenne

Jeżeli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpiła w wyniku działań wojennych, jego czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych, *Towarzystwo* ograniczy wypłatę świadczenia z tytułu *umowy podstawowej* do wysokości wartości wykupu, zgodnie z zasadami wyliczenia wartości wykupu określonymi w artykule 24.

Artykuł 21. Wyłączenia odpowiedzialności *Towarzystwa* z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa

Wypłata świadczenia na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego* nie zostanie dokonana, jeżeli całkowite i trwałe inwalidztwo *Ubezpieczonego* powstało w wyniku:

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

Rozdział VII. Wygaśnięcie *Umowy*



WYJAŚNIENIE: *Ubezpieczający* ma możliwość rezygnacji z *Umowy* w każdym momencie jej obowiązywania. Powoduje to wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku:

- odstąpienia w terminie 30 dni (lub 7 dni, gdy *Ubezpieczającym* jest przedsiębiorcą) od daty zawarcia *Umowy* – nastąpi zwrot wpłaconej składki,
- rozwiązania pomiędzy 31. dniem a 1. rocznicą *Umowy* (lub 8. dniem a 1. rocznicą *Umowy*, gdy *Ubezpieczającym* jest przedsiębiorcą) – brak jakiegokolwiek wypłaty,
- rozwiązania po upływie 1. roku obowiązywania *Umowy* – nastąpi wypłata wartości wykupu.

Artykuł 22. Odstąpienie od *Umowy*

1. *Ubezpieczający* ma prawo do odstąpienia od *Umowy* w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku, gdy *Ubezpieczającym* jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od daty jej zawarcia.
2. Odstąpienie od *Umowy* następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym.

3. W przypadku odstąpienia od *Umowy* Towarzystwo zwróci *Ubezpieczającemu* zapłaconą *składkę*. Towarzystwo zastrzega sobie prawo potrącenia części *składki* za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zwrot *składki* nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia *Ubezpieczającego* o odstąpieniu od *Umowy*.

Artykuł 23. Rozwiązanie Umowy

Ubezpieczający może w dowolnym momencie obowiązywania *Umowy* wypowiedzieć *Umowę*. Rozwiązanie *Umowy* następuje na podstawie pisemnego wniosku doręzonego Towarzystwu, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym*. W przypadku, gdy *Umowa* nie posiada wartości wykupu zgodnie z artykułem 24, rozwiązanie jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.

Artykuł 24. Wykup Umowy

1. *Umowa* nie ma wartości wykupu w pierwszym roku jej opłacania i może zostać wykupiona przez *Ubezpieczającego* po pierwszej *rocznicy Umowy*, pod warunkiem opłacenia wszystkich *składek* należnych do tej *rocznicy Umowy* i doręczenia do Towarzystwa pisemnego wniosku, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym*.
2. *Wartości wykupu* na każdą *rocznicę Umowy* są określone w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
3. *Wartość wykupu* na dzień wykupu jest liczona, zgodnie z poniższym wzorem, jako średnia z *wartości wykupu* na sąsiadujące *rocznice Umowy*, ważona ilością dni do tych rocznic.

$$W = \frac{W_1 \cdot x + (P - x) \cdot W_2}{P}, \text{ gdzie:}$$

W_1 – *wartość wykupu* na *rocznicę Umowy* bezpośrednio poprzedzającą datę wykupu lub na datę wykupu, jeżeli wykup następuje w *rocznicę Umowy*,
 W_2 – *wartość wykupu* na *rocznicę Umowy* następującą bezpośrednio po dacie wykupu,
 x – liczba dni od daty wykupu do *rocznicy Umowy* następującej bezpośrednio po dacie wykupu,
 P – liczba dni pomiędzy *rocznicami Umowy*, na które liczone są wartości W_1 i W_2 .

4. *Ubezpieczający* otrzyma *wartość wykupu* wyliczoną na dzień wykupu oraz zwrot *składki* za *Umowę* za okres, w którym Towarzystwo nie udziela już ochrony ubezpieczeniowej. Zwrotowi podlega ostatnia zapłaconą *składka* za *Umowę* w części proporcjonalnej do liczby dni pomiędzy dniem wykupu a końcem okresu, za który została zapłaconą ostatnia *składka*.



PRZYKŁAD: Wartość wykupu to kwota, którą Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczającemu* w momencie rezygnacji z ubezpieczenia. Wartość wykupu na każdą *rocznicę Umowy* podana jest w polisie.

Poniższe obliczenia pokazują, jak wyliczyć wartość wykupu na dzień 15 sierpnia 2017 roku dla przykładowej polisy pomiędzy 12. a 13. *rocznicą Umowy*.

Założmy, że *rocznica Umowy* przypada 1 maja, *wartość wykupu* polisy na dzień 15 sierpnia obliczamy jak poniżej:

W_1 – *wartość wykupu* na 12. *rocznicę* – 20 650,00 zł

W_2 – *wartość wykupu* na 13. *rocznicę* – 23 450,00 zł

x – liczba dni od 15.08.2017 r. do 1.05.2018 r. – 259

P – liczba dni pomiędzy *rocznicami* – 365

Podstawiając powyższe liczby do wzoru, otrzymamy *wartość wykupu*:

$W = (20\,650,00 \times 259 + (365 - 259) \times 23\,450,00) / 365$, czyli

$W = (5\,348\,350 + 2\,485\,700) / 365$

$W = 21\,463,15$ zł

Taką kwotę otrzyma *Ubezpieczający*.

5. W przypadku wykupu *Umowy* Towarzystwo wypłaca *Ubezpieczającemu* *wartość wykupu* oraz udział w zysku zgodnie z postanowieniami artykułu 26. Towarzystwo pomniejszy wypłacane kwoty o wymagalne wierzytelności wynikające z *OWU*.
6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *Umowy* wygasa z dniem doręczenia do Towarzystwa skutecznego wniosku o wykup *Umowy*.
7. *Wartość wykupu* zostanie przekazana zgodnie z dyspozycją *Ubezpieczającego*, nie później niż w terminie 30 dni, licząc od dnia doręczenia do Towarzystwa skutecznego wniosku o wykup *Umowy*.

Artykuł 25. Wygaśnięcie Umowy

1. *Umowa* wygasa w każdym z następujących przypadków:
 - a) w dniu śmierci *Ubezpieczonego* lub
 - b) gdy powstał obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*, lub
 - c) z datą wygaśnięcia *umowy podstawowej*, lub
 - d) z dniem zrealizowania automatycznego wykupu *Umowy*, zgodnie z postanowieniami artykułu 11 punkt 7 b), lub
 - e) z powodu nieopłacenia *składki*, zgodnie z postanowieniami artykułu 11 punkt 8 c), lub
 - f) z dniem rozwiązania *Umowy*, zgodnie z artykułem 23, lub
 - g) z dniem doręczenia do Towarzystwa skutecznego wniosku o wykup *Umowy*, zgodnie z postanowieniami artykułu 24, lub
 - h) z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka* w przypadku otrzymania skutecznego wniosku *Ubezpieczającego*, skutkującego obniżeniem *składki* do poziomu poniżej limitu określonego w artykule 11 punkt 3, o czym Towarzystwo poinformuje *Ubezpieczającego* przed dokonaniem zmiany. W przypadku, gdy *Umowa* posiada *wartość wykupu*, zostanie ona wypłacona zgodnie z postanowieniami artykułu 24.
2. Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa *Umowa* może przewidywać inne zdarzenia, których skutkiem jest jej wygaśnięcie.

Rozdział VIII. Dodatkowe korzyści wynikające z Umowy

Artykuł 26. Udział w zysku



WYJAŚNIENIE: Udział w zysku zostanie po raz pierwszy naliczony w drugą *rocznicę Umowy*. Przydzielony w kolejnych latach udział w zysku będzie inwestowany ponownie, powiększając corocznie *wartość Umowy*. Zasadę ustalenia stopy procentowej stosowanej do obliczenia udziału w zysku od wartości wykupu określa artykuł 26 punkt 4, natomiast stopę procentową stosowaną do obliczenia odsetek od naliczonego w latach poprzednich udziału w zysku – artykuł 26 punkt 5.

1. Udział w zysku obliczany jest co roku, począwszy od drugiej *rocznicy Umowy*, pod warunkiem, że *Umowa* obowiązywała przez cały rok, za który naliczany jest udział w zysku.
2. Udział w zysku naliczany jest od:
 - a) *wartości wykupu* w roku, za który następuje jego naliczenie,
 - b) udziału w zysku naliczonego w poprzednich latach obowiązywania *Umowy*.
3. Na potrzeby ustalenia udziału w zysku *wartość wykupu* obliczana jest jako średnia arytmetyczna z *wartości wykupu* na początku i końcu roku, za który naliczany jest udział w zysku, pomniejszona o wymagalne wierzytelności wynikające z *OWU*.
4. Stopa udziału w zysku (SUZ) ustalana jest według poniższego wzoru:

$$SUZ = 90\% \cdot (SZ - 1\% - 2\%),$$

gdzie:

SZ oznacza stopę zysku netto ustaloną przez Towarzystwo na podstawie osiągniętych wyników inwestycyjnych dzięki inwestowaniu aktywów na pokrycie zobowiązań wynikających z *Umowy*, 1% oznacza koszty administracyjne, a 2% to *techniczna stopa procentowa*.

W przypadku, gdy SUZ mająca zastosowanie dla wartości wykupu będzie mniejsza niż zero, do celów niniejszego wyliczenia będzie się ją przyjmować jako równą zero.

5. Udział w zysku naliczony na koniec poprzedniego roku obowiązywania *Umowy* jest ponownie inwestowany, a jego stopa zwrotu jest równa:
 - a) stopie udziału w zysku (SUZ) powiększonej o 2%, jeśli stopa udziału w zysku (SUZ) jest większa lub równa 0%,
 - b) większej z wartości: 0% lub stopie zysku netto (SZ) pomniejszonej o 1% kosztów administracyjnych, jeśli stopa udziału w zysku (SUZ) jest mniejsza niż 0%.
6. W przypadku śmierci *Ubezpieczonego*, powstania *całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego* lub wykupu *Umowy* udział w zysku ustala się w wysokości obliczonej na ostatnią *rocznicę Umowy*, która bezpośrednio poprzedza odpowiednio datę śmierci, datę powstania *całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego* lub datę wykupu *Umowy*.

Rozdział IX. Postanowienia końcowe

Artykuł 27. Postanowienia kolizyjne

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

Artykuł 28. Należności, opłaty, podatki

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem *składek* obciążają *Ubezpieczającego* i są uiszczane wraz z odpowiednią *składką*.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez *Towarzystwo*.
3. Wszelkie podatki związane z *Umową* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych *OWU* są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz.U. z 2016 poz. 2032) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz.U. z 2016 poz. 1888).

Artykuł 29. Doręczenia

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

Artykuł 30. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony*, *Współubezpieczony*, *Uposażony* lub uprawniony z *Umowy* może złożyć *reklamację*:
 - a) pisemnie na adres *Towarzystwa*: MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - d) osobiście w *biurze głównym Towarzystwa* lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej *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*.
6. Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym*, *Współubezpieczonym*, *Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy* 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 31. Prawo właściwe, właściwość sądu, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla *Umowy* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym*, *Współubezpieczonym*, *Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy*, spadkobiercą *Ubezpieczonego*, spadkobiercą *Współubezpieczonego* lub spadkobiercą uprawnionego z *Umowy* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Współubezpieczonego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy*, spadkobiercy *Ubezpieczonego*, spadkobiercy *Współubezpieczonego* lub spadkobiercy uprawnionego z *Umowy*.
3. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie internetowej *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.



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

5. W relacjach z *Towarzystwem* zastosowanie ma język polski.

Artykuł 32. Aktualizacja informacji



WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Współubezpieczonego* oraz *Uposażonego*. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczenie informacji dotyczących *Umowy* i znacząco usprawni jej obsługę.

1. *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony* i *Współubezpieczony* są zobowiązani do niezwłocznego informowania *Towarzystwa* o zmianach:
 - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
 - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).
 Informacje o zmianach powinny być przekazane do *Towarzystwa* pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez stronę.
2. *Ubezpieczający* będący osobą fizyczną zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania *Towarzystwa* o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U. 2017 poz. 1049 t.j.) wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie jego podpisem. Złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez *Ubezpieczającego* może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.
3. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania *Towarzystwa* o zmianie formy prawnej, zakresu prowadzonej działalności oraz zmianie kraju siedziby w celu wykonania przez *Towarzystwo* obowiązków wynikających z Ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U. 2017 poz. 1049 t.j.).
4. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do niezwłocznego aktualizacji informacji w przypadku zmiany okoliczności mających wpływ na jego status jako podatnika USA w celu wykonania obowiązków nałożonych Ustawą z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu *Umowy* między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA (Dz.U. 2015 poz. 1712).

5. Na podstawie art. 45 Ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (Dz.U. 2017 poz. 648) *Ubezpieczający* jest zobowiązany poinformować *Towarzystwo* o zmianie okoliczności, która ma wpływ na rezydencję podatkową *Ubezpieczającego* lub powoduje, że informacje zawarte w oświadczeniu o rezydencji podatkowej stały się nieaktualne oraz złożyć odpowiednio zaktualizowane oświadczenie w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności.

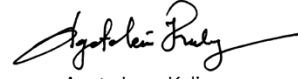
Artykuł 33. Pełnomocnictwa

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z *Umową* powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej.

Warszawa, 21 grudnia 2017 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

