

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Dodatkowe ubezpieczenie na życie

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Dodatkowe ubezpieczenie na życie

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4; art. 8; art. 13
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 4; art. 9; art. 10; art. 11

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

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 lub w *OWU umowy podstawowej*.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kluczowe kwestie dotyczące umowy dodatkowej.



WYJAŚNIENIA

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



PRZYKŁADY

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

Rozdział I. Postanowienia ogólne

Artykuł 1. Wstęp

1. Niniejsze *OWU* mają zastosowanie do *umowy dodatkowej* Dodatkowe ubezpieczenie na życie zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *umowy dodatkowej*.
2. *Umowa dodatkowa* jest częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). *Umowa dodatkowa* jest zawierana na wniosek *Ubezpieczającego* i obejmuje ochroną odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, jeżeli tak stanowi *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony*, który w *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* ukończył 18. rok życia, a nie ukończył 71. roku życia. Składkę należną z tytułu *umowy dodatkowej* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* określa *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*.

Artykuł 2. Definicje

Definicje określeń użytych w niniejszych *OWU*:

1. **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 działalności,
2. **Współubezpieczony** – wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia w ramach *umowy dodatkowej*.

Rozdział II. Ochrona ubezpieczeniowa i jej zakres

Artykuł 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.



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

Artykuł 4. Zakres ochrony

1. Zakres ochrony *umowy dodatkowej* obejmuje zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest śmierć odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.
2. W przypadku śmierci odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* *Towarzystwo* wypłaci świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tego tytułu *Uposażonemu Ubezpieczonego* lub *Uposażonemu Współubezpieczonego*.
3. Wypłata nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności *Towarzystwa*.
4. Jeżeli świadczenie z tytułu *umowy dodatkowej* będzie wypłacane osobie będącej *Ubezpieczającym*, *Towarzystwo* pomniejszy wypłacaną kwotę o wymagalne wierzytelności wynikające z *OWU*.

Artykuł 5. Suma ubezpieczenia

1. Wysokość *sumy ubezpieczenia* i składki za *umowę dodatkową* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* jest wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
2. *Ubezpieczający* w *rocznicę Umowy* może wnioskować o zmianę wysokości *sumy ubezpieczenia* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*. W przypadku *Umowy* zawartej na cudzy rachunek *Ubezpieczający* może wnioskować o taką zmianę po uzyskaniu uprzedniej zgody odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.
3. Zmiana *sumy ubezpieczenia* wymaga zgody *Towarzystwa*. *Towarzystwo* przedstawi pisemnie warunki zmiany *sumy ubezpieczenia*.
4. Postanowienia niniejszego artykułu nie mają zastosowania do podwyższenia *sumy ubezpieczenia* na wypadek śmierci w wyniku *indeksacji*, opisanego w artykule 13 niniejszych *OWU*.
5. Jeżeli zmiana *sumy ubezpieczenia* na wypadek śmierci nastąpiła po *dacie zdarzenia ubezpieczeniowego*, *Towarzystwo* wypłaci świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* obowiązującej w dniu śmierci odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.

Artykuł 6. Okolicznościowe podwyższenie sumy ubezpieczenia

1. *Ubezpieczający* może raz w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej* w odniesieniu odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* wnioskować o okolicznościowe podwyższenie *sumy ubezpieczenia* o nie więcej niż 25% aktualnej *sumy ubezpieczenia*, jeśli doszło do jednego z następujących zdarzeń:
 - a) urodzenia dziecka odpowiednio *Ubezpieczonemu* lub *Współubezpieczonemu* lub przysposobienia dziecka odpowiednio przez *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*,
 - b) śmierci małżonka odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*,
 - c) śmierci drugiego z rodziców dziecka odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.
2. Zmiana będzie obowiązywała od najbliższego *terminu wymagalności składki* po otrzymaniu skutecznego wniosku.
3. Wniosek o podwyższenie *sumy ubezpieczenia* musi zostać złożony w terminie do 12 miesięcy od daty zdarzenia wymienionego w punkcie 1 a)-c). Do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający zaistnienie jednego ze zdarzeń, tj. kopię skróconego aktu urodzenia dziecka lub orzeczenia sądu o przysposobieniu, lub kopię skróconego aktu zgonu małżonka *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, lub drugiego z rodziców dziecka *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.
4. Okolicznościowe podwyższenie *sumy ubezpieczenia* zostanie zrealizowane bez oceny stanu zdrowia odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.
5. Zmiana *sumy ubezpieczenia* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* wiąże się ze zmianą wysokości składki za *umowę dodatkową* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.
6. Postanowienia niniejszego artykułu nie mają zastosowania do podwyższenia *sumy ubezpieczenia* w wyniku *indeksacji*, opisanego w artykule 13 niniejszych *OWU*.

Rozdział III. Początek odpowiedzialności Towarzystwa

Artykuł 7. Początek odpowiedzialności

Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, pod warunkiem zawarcia *umowy dodatkowej* oraz opłacenia składki.



WYJAŚNIENIE: Ochrona rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, pod warunkiem wpływu składki na rachunek bankowy Towarzystwa i odebrania polisy przez Ubezpieczającego.

Rozdział IV. Wypłata świadczenia

Artykuł 8. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu śmierci odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* niezbędne jest przedłożenie *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej:
 - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia indywidualnego – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - odpisu skróconego aktu zgonu odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* w oryginale lub kopii poświadczony za zgodność z oryginałem przez notariusza lub osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub organ wydający dokument,
 - kopii dokumentu tożsamości każdego z *Uposażonych/spadkobierców* poświadczony za zgodność z oryginałem przez notariusza lub osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub organ wydający dokument,
 - kopii karty statystycznej do karty zgonu lub kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu,
 - w przypadku zgonu osoby *Uposażonej* – odpisu skróconego aktu zgonu *Uposażonego* w oryginale lub kopii poświadczony za zgodność z oryginałem przez notariusza lub osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub organ wydający dokument.
2. Jeśli śmierć odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* 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.

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



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.

3. 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.

4. *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 otrzymania świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* oraz odpowiedzialności *Towarzystwa*.



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

5. W przypadkach uzasadnionych *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia 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.

6. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.
7. *Towarzystwo* zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
8. 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 7 niniejszego artykułu.

Rozdział V. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa



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

Artykuł 9. Samobójstwo

1. W przypadku samobójstwa *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* (niezależnie od stanu jego poczytalności) w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia *umowy dodatkowej* *Towarzystwo* wypłaci spadkobiercom *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* sumę zapłaconych składek z tytułu tej *umowy dodatkowej*. W sytuacji, gdy *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* jest inną osobą niż *Ubezpieczający*, wskazana powyżej kwota zostanie wypłacona *Ubezpieczającemu*.
2. W przypadku samobójstwa *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* po upływie dwóch lat od daty zawarcia *umowy dodatkowej* *Towarzystwo* wypłaci *Uposażonemu* odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* 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 z tytułu tej *umowy dodatkowej* w związku z podwyższeniem sumy ubezpieczenia.

Artykuł 10. Zatajenie informacji

1. Jeżeli *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* podali dane niezgodne z prawdą lub zataili prawdę o okolicznościach, o które pytało *Towarzystwo* przy zawieraniu *umowy dodatkowej* 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 dodatkowej* *Towarzystwo* nie będzie mogło podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.

Artykuł 11. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Wypłata świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* nie zostanie dokonana, jeżeli śmierć odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* powstała w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- b) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania.

Rozdział VI. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

Artykuł 12. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

1. *Ubezpieczający* może odstąpić od *umowy dodatkowej* w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku, gdy *Ubezpieczającym* jest przedsiębiorca, w terminie 7 dni od daty jej zawarcia, na zasadach określonych w *umowie podstawowej*.
2. *Umowa dodatkowa* może być rozwiązana przez *Ubezpieczającego* w dowolnym momencie jej obowiązywania. Rozwiązanie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym Ubezpieczającego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez stronę. Rozwiązanie *umowy dodatkowej* jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka za *umowę dodatkową*.



WAŻNE: W celu rezygnacji z umowy dodatkowej prosimy o powiadomienie o tym fakcie *Towarzystwo* i opłacenie składki za *Umowę pomniejszonej o składkę za tę umowę dodatkową*.

3. *Umowa dodatkowa* wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z następujących przypadków:
 - a) którąkolwiek *składka* z tytułu *Umowy* nie została opłacona do końca okresu prolongaty przewidzianego w *umowie podstawowej*, ale nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia *składki* lub
 - b) z *datą wygaśnięcia* niniejszej *umowy dodatkowej*, lub
 - c) *umowa podstawowa* została przekształcona w bezskładkową – z dniem jej przekształcenia, lub zakończył się okres opłacania *składek*, lub
 - d) *umowa podstawowa* wygasła lub została rozwiązana, lub
 - e) w stosunku odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* – w dniu jego śmierci, lub
 - f) w stosunku do *Współubezpieczonego* – w dniu śmierci *Ubezpieczonego*, wygaśnięcia lub rozwiązania *umowy podstawowej*, lub
 - g) odpowiednio w stosunku do *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* – w *rocznicę Umowy* następującą bezpośrednio po 75. urodzinach *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, niezależnie od tego, czy *umowa podstawowa* pozostaje w mocy po tym terminie.
4. W przypadkach określonych w punktach 3 d), f) powyżej *Towarzystwo* zwróci część *składki* z tytułu *umowy dodatkowej* za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział VII. Postanowienia końcowe

Artykuł 13. Indeksacja

1. *Towarzystwo* może zaproponować w *rocznicę Umowy* podwyższenie *składki* z tytułu *umowy dodatkowej* oraz *sumy ubezpieczenia umowy dodatkowej*. *Składka* z tytułu *umowy dodatkowej* jest podwyższana o *wskaźnik indeksacji*, określony w warunkach *umowy podstawowej*, natomiast podwyższona *suma ubezpieczenia umowy dodatkowej* jest kalkulowana w oparciu o wzrost *składki* z tytułu *umowy dodatkowej*, poziom ryzyka ubezpieczeniowego, aktualny wiek odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* oraz okres, jaki pozostał do daty wygaśnięcia *umowy dodatkowej*.
2. Podwyższenie *sumy ubezpieczenia umowy dodatkowej* następuje w *rocznicę Umowy* pod warunkiem opłacenia podwyższonej *składki*, proponowanej przez *Towarzystwo*.
3. *Umowa dodatkowa* może być indeksowana tylko wtedy, gdy indeksowana jest *umowa podstawowa*.
4. Pozostałe postanowienia *umowy podstawowej* dotyczące *indeksacji* mają zastosowanie do *umowy dodatkowej*.

Artykuł 14. Umowa dodatkowa jako część umowy ubezpieczenia

Warunki *umowy podstawowej* odnoszą się również do *umowy dodatkowej*, z następującymi wyjątkami:

- a) wykupu *Umowy*/wypłaty świadczenia (częściowego lub całkowitego) wykupu,
- b) przekształcenia *Umowy* w ubezpieczenie bezskładkowe,
- c) premii nadzwyczajnej/udziału w zysku,
- d) samobójstwa,
- e) zaprzestania opłacania składek.

Artykuł 15. 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 zostały podane 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 16. Prawo właściwe, właściwość sądu, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla *umowy dodatkowej* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a odpowiednio *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym*, *Współubezpieczonym*, *Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy*, spadkobiercą *Ubezpieczonego*, *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 odpowiednio *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Współubezpieczonego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy*, spadkobiercy *Ubezpieczonego*, *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.

Warszawa, 27 marca 2017 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu *Towarzystwa*

Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu *Towarzystwa*