

MetLife®

OCHRONA METLIFE PLUS

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO



*Firma
Przyjazna
Klientowi*



Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego Ochrona MetLife Plus z dnia 15 lipca 2014 roku

Informacja dotycząca grupowego ubezpieczenia na życie z umowami dodatkowymi Ochrona MetLife Plus

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia lub wartość wykupu ubezpieczenia	Umowa podstawowa: §2, § 20, § 21 Umowy dodatkowe: § 3 § 5 – str. 41, 72, 76; § 6, § 7 Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia inwestycyjnego „Nestor” - § 8 Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „Nasz Fundusz” - § 10
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Umowa podstawowa § 1 pkt. 2, 4-8, 10, 11, 14, 18, 29, 30 § 19, § 26 Umowy dodatkowe: § 2 § 4 § 5 § 6 – str. 76 Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru.
3. koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia inwestycyjnego „Nestor” - §7, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „Nasz Fundusz” - § 6 ust. 2, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia

4. wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia inwestycyjnego „Nestor” - §10, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „Nasz Fundusz” - §13, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia
--	---

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem – Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Ochrona MetLife Plus – Umowa podstawowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie	3
---	---

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Ochrona MetLife Plus – Umowy dodatkowe

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	10
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego	11
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy	12
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	13
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	14
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku PAKIET RENTA	17
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru	20
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru	22
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy	24
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	25
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy	26
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego	27
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby	29
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu	33
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	35
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy	37
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego	39
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru	41
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Lekowego	43
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji	44
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	48
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka lub Partnera	51
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Małżonka lub Partnera na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	52
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	53
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Małżonka lub Partnera	55
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Małżonka lub Partnera w Szpitalu	59
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Małżonka lub Partnera w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	61
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Dziecka	63
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	64
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	65
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Dziecka	68
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu	70
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	72
Ogólne Warunki Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie	74
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Rodzica na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	76
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza	77
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Inwestycyjnego Nestor	79
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Nasz Fundusz	81

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa podstawowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie

Definicje § 1

Poniższe terminy użyte w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz umów dodatkowych oznaczają:

- 1. Biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26,
- 2. Karencja** – okres liczony od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową określonego w dokumencie dostarczonym Ubezpieczającemu, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych zakresem Umowy dodatkowej będących następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
- 3. Karta Rejestracyjna** – formularz Towarzystwa wraz z załącznikami stanowiącymi jego integralną część, w którym osoba pozostająca z Ubezpieczonym oświadcza wolę objęcia ubezpieczeniem i wskazuje Uposażonego,
- 4. Macocha** –
 - a) żona ojca Ubezpieczonego nie będąca matką Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego niebędąca matką Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński lub
 - b) żona ojca Małżonka Ubezpieczonego niebędąca matką Małżonka Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Małżonka Ubezpieczonego niebędąca matką Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, lub
 - c) żona ojca Partnera Ubezpieczonego niebędąca matką Partnera Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Partnera Ubezpieczonego niebędąca matką Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- 5. Małżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego,
- 6. 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,
- 7. Nieszczęśliwy Wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które spowodowało u Ubezpieczonego lub odpowiednio u Współubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym. W rozumieniu niniejszej definicji za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru krwotocznego i niedokrwiennej części mózgu oraz wszelkich innych chorób lub infekcji występujących nagle z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia,
- 8. Ojczym** –
 - a) mąż matki Ubezpieczonego niebędący ojcem Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego niebędący ojcem Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński lub
 - b) mąż matki Małżonka Ubezpieczonego niebędący ojcem Małżonka Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Małżonka Ubezpieczonego niebędący ojcem Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński, lub
 - c) mąż matki Partnera Ubezpieczonego niebędący ojcem Partnera Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Partnera Ubezpieczonego niebędący ojcem Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
- 9. OWU** – ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie,
- 10. Partner** – osoba niebędąca w związku małżeńskim, pozostająca z Pracownikiem w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostająca z Pracownikiem w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub przysposobienia, wskazana w Karcie Rejestracyjnej do objęcia ochroną ubezpieczeniową, przy czym zmiana wskazania Partnera przez Pracownika będzie skuteczna od dnia rocznicy Umowy Ubezpieczenia następującej bezpośrednio po dniu, w którym oświadczenie Pracownika dotyczące zmiany Partnera zostało dostarczone do Towarzystwa. Jeśli Pracownik, pozostając w związku małżeńskim, wskazał do ubezpieczenia Partnera, takie wskazanie jest bezskuteczne,
- 11. Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
- 12. Pełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Pracownika, które ukończyło 18 rok życia,
- 13. Pracownik** – osoba fizyczna, zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę lub pozostająca z Ubezpieczającym w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Towarzystwo określonym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia,
- 14. Rodzic** –
 - a) matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Jeżeli matka Ubezpieczonego nie żyje, definicja Rodzica obejmuje również Macochę Ubezpieczonego. Jeżeli ojciec Ubezpieczonego nie żyje, definicja Rodzica obejmuje również Ojczyma Ubezpieczonego,
 - b) matka lub ojciec Małżonka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Jeżeli matka Małżonka Ubezpieczonego nie żyje, definicja Rodzica obejmuje również Macochę Małżonka Ubezpieczonego. Jeżeli ojciec Małżonka Ubezpieczonego nie żyje, definicja Rodzica obejmuje również Ojczyma Małżonka Ubezpieczonego,
 - c) matka lub ojciec Partnera Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Jeżeli matka Partnera Ubezpieczonego nie żyje, definicja Rodzica obejmuje również Macochę Partnera Ubezpieczonego. Jeżeli ojciec Partnera Ubezpieczonego nie żyje, definicja Rodzica obejmuje również Ojczyma Partnera Ubezpieczonego,
- 15. Rok Ubezpieczenia** – okres pierwszych 12 miesięcy liczony od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia oraz każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu,
- 16. Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia doręczany Ubezpieczającemu,
- 17. Świadczenie** – wypłata jednorazowa lub w ratach dokonana na rzecz Ubezpieczonego lub Uposażonych zgodnie z Umową Ubezpieczenia,
- 18. Świadczenie pracy** – wykonywanie pracy na rzecz Ubezpieczającego w miejscu zatrudnienia lub w miejscu wykonywania pracy wskazanym przez Ubezpieczającego. Pojęcie „świadczenie pracy” będzie odnosić się także do dni ustawowo lub regulaminowo wolnych od pracy, jeżeli Pracownik wykonywał pracę na rzecz Ubezpieczającego w dniu bezpośrednio poprzedzającym pod warunkiem, że Pracownik nie był w tym dniu niezdolny do pracy,
- 19. Termin wymagalności składki** – wskazany w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pierwszy dzień okresu, za który należna jest składka zgodnie z określonym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia trybem płatności,
- 20. Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna,
- 21. Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia grupowego,
- 22. Ubezpieczony** – Pracownik objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia, a także Małżonek, Partner i Pełnoletnie dziecko Pracownika, pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia tego Pracownika, o ile są uprawnieni do ubezpieczenia na podstawie Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia. Każda z osób uprawnionych do ubezpieczenia zobowiązana jest do złożenia Karty Rejestracyjnej. Jeżeli Ubezpieczonym jest Partner, postanowienia Ogólnych Warunków Umów dodatkowych dotyczące Małżonka odnoszą się do Pracownika,
- 23. Umowa podstawowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Ubezpieczającym i Towarzystwem na podstawie OWU,
- 24. Umowa dodatkowa** – umowa, rozszerzająca zakres ochrony udzielanej przez Towarzystwo o dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe,
- 25. Umowa Ubezpieczenia** – Umowa podstawowa oraz Umowy dodatkowe,

26. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczeń przewidzianych Umową Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
27. **Uposażony zastępczy** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczeń przewidzianych Umową Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma wskazanego Uposażonego lub Uposażony nie żyje lub utracił prawo do Świadczenia,
28. **Współubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia na podstawie Umów dodatkowych. Współubezpieczonym w zależności od rodzaju Umowy dodatkowej jest:
 - a) Małżonek Ubezpieczonego albo Partner Ubezpieczonego,
 - b) Dziecko Ubezpieczonego,
 - c) Rodzic Ubezpieczonego,
 - d) Rodzic Małżonka Ubezpieczonego,
 - e) Rodzic Partnera Ubezpieczonego,
29. **Zawody z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, terenowego lub ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada, koni, łodzi lub nart wodnych,
30. **Zdolność ubezpieczeniowa** – spełnienie wszystkich warunków wymienionych w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, wymaganych w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, lub wzrostu wysokości ubezpieczenia.

Rodzaj, przedmiot i zakres ubezpieczenia § 2

1. Niniejsze ubezpieczenie jest ubezpieczeniem na życie.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
3. Przedmiotem ubezpieczenia może być dodatkowo zdrowie Ubezpieczonego, życie lub zdrowie członków rodziny Ubezpieczonego oraz gromadzenie oszczędności, jeżeli tak przewiduje Umowa Ubezpieczenia.
4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.
5. Zakres ubezpieczenia może obejmować wystąpienie innych zdarzeń, jeśli tak przewiduje Umowa Ubezpieczenia.
6. Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa sumy ubezpieczenia właściwe dla Umowy podstawowej i Umów dodatkowych.

Zawarcie Umowy Ubezpieczenia § 3

1. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta na podstawie wniosku Ubezpieczającego.
2. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu przez Towarzystwo Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Jeżeli treść Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające od treści:
 - a) wniosku Ubezpieczającego lub
 - b) OWU,
 Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
4. W przypadku określonym w ustępie poprzedzającym w punkcie a), jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od doręczenia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym ustępie.
5. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na czas określony – do końca pierwszego Roku Ubezpieczenia.
6. Umowa Ubezpieczenia będzie przedłużana na kolejne roczne okresy, o ile umowa nie zostanie rozwiązana przez Ubezpieczającego zgodnie z postanowieniami § 5 OWU lub o ile Towarzystwo, najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia, nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy Ubezpieczenia lub propozycji przedłużenia Umowy Ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
7. W przypadku złożenia przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 6, Umowa Ubezpieczenia zostaje przedłużona na kolejny Rok Ubezpieczenia pod warunkiem doręczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego pisemnego potwierdzenia najpóźniej w ostatnim dniu poprzedzającym kolejny Rok Ubezpieczenia. W przypadku zapłacenia przez Ubezpieczającego składki w zaproponowanej przez Towarzystwo wysokości uznaje się, że Ubezpieczający zaakceptował propozycję przedłużenia Umowy Ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
8. Jednocześnie z zawarciem Umowy Ubezpieczenia albo w terminie późniejszym w czasie trwania Umowy Ubezpieczenia mogą zostać zawarte Umowy dodatkowe na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i pod warunkiem zaakceptowania go przez Towarzystwo.
9. Zawarcie Umowy z Ubezpieczającym, który oświadczył, iż jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (zwaną 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.

Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia § 4

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, ze skutkiem natychmiastowym, w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od daty zawarcia umowy.
2. W takim przypadku Towarzystwo zwróci wpłaconą składkę po potrąceniu jej części za okres, w którym udzielano ochrony ubezpieczeniowej.

Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia § 5

1. Umowa Ubezpieczenia może być rozwiązana w każdym czasie przez Ubezpieczającego za pisemnym wypowiedzeniem ze skutkiem na koniec trzeciego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Umowa Ubezpieczenia została wypowiedziana.
2. Równocześnie z rozwiązaniem Umowy podstawowej ulegają rozwiązaniu wszelkie Umowy dodatkowe.

Zmiana warunków Umowy Ubezpieczenia § 6

1. Zmiana warunków Umowy Ubezpieczenia:
 - a) wymaga każdorazowo formy pisemnej pod rygorem nieważności,
 - b) wymaga dla swej skuteczności zgody Ubezpieczonego, jeżeli jest to zmiana na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania pisemnie Ubezpieczonemu informacji o zmianie warunków Umowy Ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczającego na zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmian warunków Umowy Ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego Ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania pisemnej zgody Ubezpieczonego na dokonanie tych zmian.
4. W przypadku nieprzekazania informacji, o której mowa w ust. 2 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

Zobowiązania Ubezpieczającego § 7

1. Ubezpieczający zobowiązuje się do naliczania i przekazywania składki należnej z tytułu Umowy Ubezpieczenia oraz wypełniania innych obowiązków wynikających z zawartej Umowy Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczać Towarzystwu zgodnie z jego wymaganiami wszelkie informacje i dokumenty niezbędne do zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz do ustalenia praw Ubezpieczonego do Świadczenia. W szczególności jest zobowiązany sporządzić, bieżąco aktualizować i przysłać Towarzystwu do końca każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej listę Ubezpieczonych i osób, których ubezpieczenie wygasło oraz Karty Rejestracyjne złożone przez uprawnionych do ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązuje się przekazywać Towarzystwu dane Ubezpieczonego niezbędne do przesyłania korespondencji.
4. Ubezpieczający zobowiązuje się udostępnić do wglądu Towarzystwu dokumenty znajdujące się w jego posiadaniu, mające znaczenie dla odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia i zakresu ubezpieczenia, jak również wysokości składki.
5. Ubezpieczający w szczególności zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni, przekazywać Towarzystwu oświadczenia składane za jego pośrednictwem przez Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu informacji o wysokości Świadczeń przysługujących z Umowy Ubezpieczenia, w tym wartości wykupu, jeżeli wysokość tych Świadczeń ulegnie zmianie w czasie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia, oraz o zmianie Świadczenia ustalanego na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni po otrzymaniu takiej informacji od Towarzystwa.
7. W przypadku nieprzekazania informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
8. Ubezpieczający zobowiązuje się do poinformowania Towarzystwa w terminie 3 miesięcy przed rocznicą Umowy Ubezpieczenia o liczbie osób uprawnionych do ubezpieczenia zgodnie z kryterium uprawnienia wskazanym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
9. Ubezpieczający zobowiązuje się do poinformowania Towarzystwa o zmianie formy prawnej, zakresu prowadzonej działalności oraz zmianie kraju siedziby w celu wykonania przez Towarzystwo obowiązków wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
10. Ubezpieczający będący osobą fizyczną zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania eksponowanego stanowiska politycznego w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Składka § 8

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowej i prawidłowej zapłaty składki za wszystkich Ubezpieczonych zgodnie z Umową Ubezpieczenia.
2. Składki należne z tytułu Umowy Ubezpieczenia są płacone przez Ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa. Datą opłacenia składki jest dzień wpływu należnej składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
3. Składki płacone są w terminie i wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
4. W przypadku składek opłacanych w trybie innym niż miesięczny (kwartalny, półroczny, roczny) Towarzystwo udziela odpowiednich bonifikat.
5. Ubezpieczający najpóźniej w ostatnim dniu miesiąca poprzedzającego okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przesyła w wersji elektronicznej i w formie wydruku wykaz zgodny z wymogami Towarzystwa, określający listę Ubezpieczonych oraz kwotę składki odprowadzonej na rzecz każdego z nich.

Prolongata na zapłacenie składki § 9

1. Dopuszczalny okres prolongaty na zapłacenie składek, tj. okres zwłoki Ubezpieczającego w zapłacie składki, wynosi 31 dni, licząc od Terminu wymagalności składki.
2. Okres prolongaty, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy pierwszej składki, której Termin wymagalności przypada na dzień wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
3. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej i zawartych Umów dodatkowych.
4. W okresie prolongaty nie nalicza się odsetek za zwłokę.
5. W przypadku nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego w Terminie wymagalności Towarzystwo pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia składki w terminie siedmiu dni od daty otrzymania wezwania.
6. Jeżeli składka nie zostanie zapłacona do końca okresu określonego w ust. 5, ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego, za którego nie została opłacona składka, wygasa z upływem okresu prolongaty, lecz nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie siedmiu dni od daty otrzymania wezwania, o którym mowa w ust. 5. W przypadku braku zapłaty składki do końca okresu określonego w ust. 5, za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową, Umowę Ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego z upływem terminu, o którym mowa w zdaniu pierwszym.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić składkę należną za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Obliczanie składek z tytułu ubezpieczenia na życie i Umów dodatkowych § 10

1. Sporządzając Szczegółową Umowę Ubezpieczenia, Towarzystwo obliczy stawki wyrażone w promilach sumy ubezpieczenia właściwe dla Umowy podstawowej i Umów dodatkowych (z wyjątkiem umów o charakterze inwestycyjnym).
2. Stawki za Umowę podstawową i każdą z Umów dodatkowych są określone przez Towarzystwo przy uwzględnieniu liczby oraz struktury demograficznej Ubezpieczonych, rodzaju wykonywanej pracy, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, sum ubezpieczenia właściwych dla Umowy podstawowej i Umów dodatkowych, statystyk szkodowości, Karencji i okresów odroczenia odpowiedzialności.
3. Przed upływem każdego Roku Ubezpieczenia Towarzystwo przeliczy stawki zgodnie z aktualnymi danymi Ubezpieczonych, określonymi w ust. 2. Tak przeliczone stawki będą obowiązywać w kolejnym Roku Ubezpieczenia.
4. Jeśli Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia nie stanowi inaczej, składka za Umowę podstawową i Umowy dodatkowe obliczana jest jako iloczyn sumy ubezpieczenia umowy i odpowiadającej jej stawki.
5. Składka należna za osoby przystępujące do ubezpieczenia z dniem innym niż Termin wymagalności składki będzie rozliczona w najbliższym terminie płatności.

Uprawnienie do objęcia ochroną ubezpieczeniową § 11

1. Uprawnionym do objęcia ochroną ubezpieczeniową jest Pracownik spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - a) który ukończył 16 rok życia i nie ukończył 69 roku życia,
 - b) spełnia warunki uprawniające do objęcia ubezpieczeniem określone w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia,
 - c) w dniu podpisania Karty Rejestracyjnej świadczy pracę, w szczególności nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, urlopie bezpłatnym, wychowawczym, macierzyńskim/ojcowskim, zasiłku rehabilitacyjnym lub opiekuńczym oraz nie podlega hospitalizacji. W przypadku osoby nowo zatrudnionej podpisującej Kartę Rejestracyjną przed dniem zatrudnienia wymagane jest podpisanie oświadczenia o nieprzebywaniu na zwolnieniu lekarskim, urlopie bezpłatnym, wychowawczym, macierzyńskim/ojcowskim, zasiłku rehabilitacyjnym lub opiekuńczym oraz niepodleganiu hospitalizacji,
 - d) który udokumentuje Zdolność ubezpieczeniową zgodnie z § 12 ust. 4.
2. W przypadku Pracowników zatrudnionych lub pozostających z Ubezpieczającym w innym stosunku prawnym przed dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia nabycie uprawnienia do ubezpieczenia rozpoczyna się z tym dniem.
3. Jeśli Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia nie stanowi inaczej, w przypadku Pracowników zatrudnianych przez Ubezpieczającego lub nawiązujących z Ubezpieczającym inny stosunek prawny po dniu wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia, dniem nabycia uprawnienia do ubezpieczenia jest pierwszy dzień miesiąca następujący po spełnieniu warunków wymienionych w ust. 1 oraz z zastrzeżeniem, że osoby, które spełnią te warunki w pierwszym dniu miesiąca, nabywają uprawnienia do ubezpieczenia w tym dniu.
4. Jeśli Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia tak przewiduje, uprawnionym do objęcia ochroną ubezpieczeniową może być także Małżonek lub Partner, lub Pełnoletnie dziecko Pracownika, spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - a) który ukończył 18 rok życia i nie ukończył 65 roku życia,
 - b) który udokumentuje Zdolność ubezpieczeniową zgodnie z § 12 ust. 4.
5. Małżonek Pracownika nabywa uprawnienie do ubezpieczenia z dniem nabycia uprawnienia przez Pracownika lub z pierwszym dniem miesiąca następującym po zawarciu związku małżeńskiego z Pracownikiem.
6. Partner Pracownika nabywa uprawnienie do ubezpieczenia z dniem nabycia uprawnienia przez Pracownika.
7. Pełnoletnie dziecko Pracownika nabywa uprawnienie do ubezpieczenia z dniem nabycia uprawnienia przez Pracownika lub z pierwszym dniem miesiąca następującym po osiągnięciu pełnoletniości.
8. Uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową nie nabywają:
 - a) Pracownicy czasowo nieświadczący pracy na rzecz Ubezpieczającego. W stosunku do tych osób nabycie uprawnienia jest odroczone do czasu powrotu do

- Świadczenia pracy na rzecz Ubezpieczającego, chyba że Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia stanowi inaczej,
- b) Małżonkowie, Partnerzy oraz Pełnoletnie dzieci Pracowników, którzy nie przystąpili do ubezpieczenia.

Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej § 12

1. W celu przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest prawidłowe wypełnienie i podpisanie Karty Rejestracyjnej, z zastrzeżeniem, iż okres pomiędzy datą podpisania Karty Rejestracyjnej a wnioskowaną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie może być dłuższy niż 60 dni – dla osób przystępujących do ubezpieczenia z dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia oraz nie dłuższy niż 31 dni – dla osób przystępujących w terminie późniejszym. W przypadku, gdy okres wymieniony w zdaniu poprzedzającym jest dłuższy niż odpowiednio 60 lub 31 dni, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do badania Zdolności ubezpieczeniowej.
2. O ile Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia nie stanowi inaczej, ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po:
 - a) dniu nabycia uprawnienia do ubezpieczenia wskazanym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że w przypadku osób nabywających uprawnienie do ubezpieczenia w pierwszym dniu miesiąca ochrona ubezpieczeniowa może rozpocząć się z tym dniem oraz
 - b) podpisaniu Karty Rejestracyjnej, oraz
 - c) potwierdzeniu Zdolności ubezpieczeniowej, jeśli jest wymagana w związku z rozpoczęciem udzielania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem opłacenia składki w Terminie jej wymagalności z uwzględnieniem postanowień § 9.
3. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia Pracownika po upływie 3 miesięcy od dnia nabycia uprawnienia do ubezpieczenia lub po uprzednim wygaśnięciu ubezpieczenia na skutek nieopłacenia należnych składek objęcie ubezpieczeniem następuje po dostarczeniu dokumentów potwierdzających Zdolność ubezpieczeniową zgodnie z wymaganiami Towarzystwa. W takim przypadku termin rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zostanie określony przez Towarzystwo.
4. Towarzystwo w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia określi wymagania dotyczące potwierdzenia Zdolności ubezpieczeniowej.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - a) zmiany zasad potwierdzenia Zdolności ubezpieczeniowej w odniesieniu do osób nowo przystępujących w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia,
 - b) odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - c) zaproponowania ubezpieczenia na zmienionych warunkach, o ile Ubezpieczony wyrazi na nie zgodę.

Wymagania uczestnictwa § 13

1. Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa minimalną liczebność grupy osób spełniających warunki uprawniające do objęcia ubezpieczeniem, wymaganą do zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
2. Jeżeli w ostatnim dniu pierwszego Roku Ubezpieczenia lub następnie w Terminach wymagalności kolejnych składek nie zostaną spełnione warunki przewidziane w ust. 1, Umowa Ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający otrzymał od Towarzystwa zawiadomienie o niespełnieniu tych warunków.

Zakończenie udzielania ochrony ubezpieczeniowej § 14

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo Pracownikowi kończy się:
 - a) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym przypada wcześniejsze ze zdarzeń:
 - i) ukończenie 70 roku życia,
 - ii) ustanie zatrudnienia lub utrata uprawnienia do ubezpieczenia,
 - iii) rozpoczęcie urlopu bezpłatnego lub wychowawczego dłuższego niż jeden miesiąc,
 - iv) powołanie do pełnienia służby wojskowej lub jej form zastępczych, przeszkolenia wojskowego lub ćwiczeń wojskowych,
 - b) z dniem zgonu Pracownika,
 - c) z dniem wypłaty przez Towarzystwo Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy Pracownika.

W przypadkach określonych w punkcie b) i c) Towarzystwo zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo Małżonkowi kończy się z dniem zakończenia ubezpieczenia Pracownika lub:
 - a) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym przypada wcześniejsze ze zdarzeń:
 - i) ukończenie 70 roku życia,
 - ii) rozwiązanie związku małżeńskiego,
 - b) z dniem zgonu Małżonka,
 - c) z dniem wypłaty przez Towarzystwo Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy Małżonka.

W przypadkach określonych w punkcie b) i c) Towarzystwo zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo Partnerowi kończy się z dniem zakończenia ubezpieczenia Pracownika, lub:
 - a) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym przypada wcześniejsze ze zdarzeń:

- i) ukończenie 70 roku życia,
- ii) zawarcie związku małżeńskiego przez Pracownika z inną osobą niż Partner lub zawarcie związku małżeńskiego przez Partnera z inną osobą niż Pracownik,
- b) z dniem zgonu Partnera,
- c) z dniem wypłaty przez Towarzystwo Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy Partnera.

W przypadkach określonych w punkcie b) i c) Towarzystwo zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

4. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo Pełnoletniemu dziecku kończy się:
 - a) z dniem zakończenia ubezpieczenia Pracownika lub
 - b) z dniem zgonu Pełnoletniego dziecka,
 - c) z dniem wypłaty przez Towarzystwo Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy Pełnoletniego dziecka.
 W przypadkach określonych w punkcie b) i c) Towarzystwo zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku nieopłacenia składki ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo kończy się w terminie wskazanym w § 9 ust. 6.
6. Poza przypadkami wymienionymi w ust. 1-4 ochrona ubezpieczeniowa kończy się, w związku z rezygnacją Ubezpieczonego z ubezpieczenia, w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym Towarzystwo otrzymało pisemną informację o rezygnacji. Składka ubezpieczeniowa powinna być zapłacona za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.
7. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo wszystkim Ubezpieczonym kończy się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia.
8. W przypadku zakończenia urlopu bezpłatnego lub wychowawczego i powrotu do Świadczenia pracy na rzecz Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się na tych samych warunkach, jakie obowiązują w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia nowej osoby (termin przystąpienia, wymagania dotyczące potwierdzenia Zdolności ubezpieczeniowej). Jeśli zgłoszenie do ubezpieczenia nastąpi w terminie miesiąca od daty powrotu do pracy po zakończeniu urlopu bezpłatnego lub wychowawczego trwającego nie dłużej niż 6 miesięcy, wówczas na potrzeby ustalenia okresów odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa w Umowach dodatkowych (okresów Karencji) oraz stosowania wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku samobójstwa zgodnie z § 19 uwzględnia się okres ubezpieczenia sprzed urlopu.

Zmiany ochrony ubezpieczeniowej § 15

Grupy ubezpieczenia § 15a

1. Ochrona ubezpieczeniowa może być zróżnicowana pod względem zakresu i wysokości dla grup Pracowników. W takim przypadku Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa warunki uprawniające do przynależności do takich grup przez poszczególnych Pracowników.
2. Każdy Pracownik może być w tym samym czasie przypisany wyłącznie do jednej grupy ubezpieczenia.
3. Spełnienie warunków przynależności do innej grupy powoduje zmianę ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z przynależnością do nowej grupy od pierwszego dnia miesiąca następującego po pisemnym zgłoszeniu przez Ubezpieczającego zmiany uprawnień Pracownika do grupy ubezpieczenia, zgodnie z określonym kryterium i po potwierdzeniu Zdolności ubezpieczeniowej zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
4. Jeżeli z przeniesieniem Pracownika do innej grupy ubezpieczenia wiąże się podwyższenie sumy ubezpieczenia, a Pracownik czasowo nie świadczy pracy w dniu wnioskowanej zmiany tej grupy (zgodnie z definicją Świadczenia pracy), zmiana grupy ubezpieczenia jest odroczone do czasu jego powrotu do Świadczenia pracy na rzecz Ubezpieczającego. Jednakże, jeżeli powrót do Świadczenia pracy nastąpi po upływie 31 dni od daty przeniesienia do nowej grupy lub wymagana wypłata składki nie zostanie dokonana zgodnie z nowymi warunkami, suma ubezpieczenia nie zostanie podwyższona.
5. W przypadku wskazanym w ust. 4 Pracownik powinien dostarczyć dokumenty potwierdzające Zdolność ubezpieczeniową określone przez Towarzystwo.
6. Jeżeli ubezpieczenie jest kontynuowane w stosunku do osoby czasowo nieświadczącej pracy (na warunkach określonych w Umowie Ubezpieczenia), wysokość ochrony ubezpieczeniowej jest taka sama jak w ostatnim dniu Świadczenia pracy.
7. Jeżeli indywidualne sumy ubezpieczenia pojedynczych Ubezpieczonych nie są jednakowe, Towarzystwo wylicza przed rozpoczęciem każdego Roku Ubezpieczenia Graniczną Sumę Ubezpieczenia (GSU), poczynając od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
8. Suma ubezpieczenia wyższa niż GSU oraz każda zmiana indywidualnej sumy ubezpieczenia powodująca przekroczenie GSU wejdzie w życie dopiero po potwierdzeniu Zdolności ubezpieczeniowej i zaakceptowaniu wzrostu sumy ubezpieczenia przez Towarzystwo.

Warianty ubezpieczenia § 15b

1. Ochrona ubezpieczeniowa może być zróżnicowana pod względem zakresu i wysokości w ramach różnych wariantów ubezpieczenia bez konieczności spełniania warunków uprawniających do przynależności do takich wariantów przez poszczególnych Ubezpieczonych. W takim przypadku Ubezpieczony ma prawo wyboru jednego z wariantów.

2. Zmiana wariantu jest możliwa w rocznicę Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem dostarczenia do Towarzystwa w terminie 14 dni przed datą rocznicy pisemnej deklaracji Ubezpieczonego na druku Towarzystwa i potwierdzenia Zdolności ubezpieczeniowej zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
3. Do zmiany wariantu ubezpieczenia skutkującego podwyższeniem sum ubezpieczenia lub zwiększeniem zakresu ubezpieczenia jest uprawniony wyłącznie Pracownik świadczący pracę w dniu podpisania deklaracji zmiany wariantu.

§ 15c

Towarzystwo każdorazowo będzie informować Ubezpieczającego na piśmie o akceptacji zwiększonej sumy ubezpieczenia oraz o terminie, od którego nowa suma ubezpieczenia będzie obowiązywać.

Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia § 16

1. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa udzielana Pracownikowi wygasa z powodu:
 - a) ustania zatrudnienia,
 - b) utraty uprawnienia do ubezpieczenia,
 i jeśli trwała nieprzerwanie przez nie mniej niż 6 miesięcy, to Pracownik ma możliwość zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie, bez udokumentowania zdolności do ubezpieczenia na sumę ubezpieczenia nie wyższą niż wynikająca z Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 poniżej.
2. Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na zasadach opisanych w ust. 1 nie ma zastosowania dla osób, które ukończyły 66 rok życia.
3. Złożenie pisemnego wniosku Pracownika o dokonanie zamiany na indywidualną umowę ubezpieczenia na życie wraz z zapłatą pierwszej składki z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie powinny zostać dokonane w ciągu 60 dni od daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Ubezpieczenia.
4. Indywidualna umowa ubezpieczenia na życie wejdzie w życie z datą wskazaną w tej umowie.
5. Indywidualna umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednej z form zaproponowanych przez Towarzystwo, a składka ubezpieczeniowa zostanie dostosowana do aktualnego wieku i klasy ryzyka w momencie wejścia w życie umowy ubezpieczenia indywidualnego.
6. W przypadku zgonu Pracownika wypłaci Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej, jeśli indywidualna umowa ubezpieczenia na życie nie została zawarta.
7. W przypadku ponownego Świadczenia pracy na rzecz Ubezpieczającego objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego nastąpi nie wcześniej jak po rozwiązaniu indywidualnej umowy ubezpieczenia stanowiącej kontynuację wcześniejszego ubezpieczenia grupowego.

Uposażony § 17

1. Ubezpieczony ma w każdym czasie prawo do samodzielnego wskazania i zmiany osoby Uposażonego.
2. Zmiana lub odwołanie Uposażonego stają się skuteczne z dniem otrzymania przez Towarzystwo odpowiedniego pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i nie określił ich udziałów w Świadczeniu, wówczas Uposażeni otrzymują równe części Świadczenia przysługującego im na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub gdy żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do Świadczenia, Świadczenie będzie przypadać Uposażonemu zastępczemu. Postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego zastępczego lub gdy żaden z Uposażonych zastępczych nie jest uprawniony do Świadczenia, Świadczenie będzie przypadać spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym zgodnie z prawomocnym postanowieniem sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnym aktem poświadczenia dziedziczenia.

Waluta § 18

Wszystkie składki i Świadczenia są płacone w polskich złotych.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 19

Samobójstwo

Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej nie zostanie wypłacone, jeśli Ubezpieczony, niezależnie od stanu poczytalności, popełni samobójstwo w ciągu 12 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Ryzyko wojenne

Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej ani z tytułu Umów dodatkowych (z wyjątkiem Umów dodatkowych o charakterze inwestycyjnym) nie zostanie wypłacone, jeśli śmierć Ubezpieczonego lub członka rodziny Ubezpieczonego lub inne zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku jego aktywnego udziału w wojnie. Wojna oznacza zorganizowaną walkę zbrojną między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub operacje wojenne bądź inwazję, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, za-

mieszki, wojnę domową, rebelię, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia lub ogłoszenie, lub wprowadzenie stanu wojennego lub wojny.

Świadczenie z tytułu ubezpieczenia na życie § 20

1. W wypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo, po otrzymaniu niezbędnej dokumentacji, wypłaci osobie uprawnionej Świadczenie równe określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia sumie ubezpieczenia.
2. Świadczenie takie zostanie wypłacone w terminach i na zasadach określonych w § 21.

Wypłata Świadczeń § 21

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia powinno być złożone w formie pisemnej.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia Towarzystwo w terminie siedmiu dni prześle osobie zgłaszającej roszczenie niezbędne formularze lub informacje w celu udokumentowania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową udzielaną przez Towarzystwo.
3. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
5. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zbadania okoliczności śmierci, w tym wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu i innych właściwych instytucji publicznych oraz weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do Świadczenia i zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
6. Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego będą wypłacane Uposażonemu.
7. Inne Świadczenia będą wypłacane Ubezpieczonemu, zaś w przypadku śmierci Ubezpieczonego wszelkie Świadczenia, które powinny być wypłacone Ubezpieczonemu, zostaną wypłacone jego spadkobiercom.
8. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić Świadczenie z Umowy podstawowej, łącznie ze Świadczeniami należnymi z tytułu Umów dodatkowych, jeżeli takie są należne, w terminie 14 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
9. Jeżeli osoba uprawniona do Świadczenia nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości Świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia.

Podatki § 22

Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych. Zasady opodatkowania Świadczeń należnych osobom uprawnionym na mocy Umowy Ubezpieczenia regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku

dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307 j.t. z późn. zm.) lub ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 j.t. z późn. zm.).

Prawo właściwe, właściwość sądów i rozpatrywanie skarg § 23

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy Ubezpieczenia lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
3. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesyłane na piśmie na adres Towarzystwa, faksem lub elektronicznie na adres e-mail wskazany przez Towarzystwo. W celu umożliwienia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji składający skargę lub zażalenie powinien przekazać je do Towarzystwa niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenie.
4. Towarzystwo, w ciągu 30 dni od otrzymania skargi lub zażalenia, wyśle do osoby skarżącej odpowiedź. W przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu Towarzystwo wyjaśni przyczynę opóźnienia.
5. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

Postanowienia kolizyjne § 24

Rozbieżności lub sprzeczności pomiędzy postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i postanowieniami OWU rozstrzyga Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia.

Postanowienia dodatkowe § 25

1. W Umowie Ubezpieczenia, która przewiduje, że składki finansowane są całkowicie lub częściowo przez Ubezpieczającego, stosuje się postanowienia określone w ust. 2 i 3.
2. Uprawnionym do otrzymania Świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie jest Ubezpieczający.
3. Umowa Ubezpieczenia, w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto, wyklucza:
 - a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od Umowy,
 - b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z Umowy,
 - c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w Umowie.

Skutki zatajenia informacji § 26

Towarzystwo będzie zwolnione z odpowiedzialności w przypadku zatajenia informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało przed rozpoczęciem udzielania ochrony ubezpieczeniowej, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie trzech lat od rozpoczęcia udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Umową Ubezpieczenia.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku


Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa


Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie

Katalog dokumentów wymaganych na potrzeby złożenia roszczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego

Dokumenty potrzebne do zgłoszenia roszczenia:

- Wniosek o wypłatę świadczenia z grupowego ubezpieczenia pracowniczego.

Ponadto wymagane będą dodatkowe dokumenty w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu:

Urodzenia się dziecka

1. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
2. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
3. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej czas trwania ciąży – w przypadku urodzenia martwego dziecka,
4. Kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego,
5. Oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera.

Śmierci rodzica

1. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica,
2. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
3. W przypadku śmierci rodziców małżonka – kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego,
4. W przypadku śmierci rodziców partnera – kopia dokumentu tożsamości partnera oraz oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego,
5. W przypadku śmierci ojczyrna lub macochy kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy rodzicem a ojczymem lub macochą,
6. W przypadku śmierci ojczyrna lub macochy kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica biologicznego.

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

7. Kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
8. Inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku.

Uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa na skutek nieszczęśliwego wypadku

1. Kopia dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po urazie oraz informująca o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
2. Kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności,
3. Kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
4. Kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
5. Inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku,
6. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
7. Kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka,
8. Kopia dokumentu tożsamości partnera oraz oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera,
9. Kopia dokumentu tożsamości dziecka lub kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (w przypadku jego niepełnoletności) – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka, oraz dodatkowo:
 - kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego,
 - kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Ubezpieczonym a rodzicem dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy pasierba.

Pobyty w szpitalu, złamania lub oparzenia, rekonwalescencji po pobycie w szpitalu, ubezpieczenia lekowego, operacji chirurgicznej

1. Kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego,
2. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
3. Kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka,

4. Kopia dokumentu tożsamości partnera oraz oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera,
5. Kopia dokumentu tożsamości dziecka lub kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (w przypadku jego niepełnoletności) – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka, oraz dodatkowo:
 - kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego,
 - kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Ubezpieczonym a rodzicem dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy pasierba.

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

6. Kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
7. Kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
8. Inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku.

Śmierci Ubezpieczonego

1. Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego*, lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego, lub przez organ wydający dokument,
2. Kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu,
3. Kopia dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych poświadczona notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego*, lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego, lub przez organ wydający dokument,
4. Oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera.

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

5. Kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
6. Kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
7. Inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku.

Jeśli śmierć została spowodowana zawałem mięśnia sercowego lub udarem, dodatkowo:

8. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

Śmierci małżonka/partnera

1. Odpis skrócony aktu zgonu małżonka lub partnera w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego*, lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego, lub przez organ wydający dokument,
2. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
3. Oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera.

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

4. Kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku,

wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,

- Inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku.

Śmierci dziecka

- Kopia odpisu skróconego aktu zgonu dziecka,
- Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- Potwierdzenie kontynuowania nauki – w przypadku dzieci powyżej 19 roku życia,
- Kopia zaświadczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy, lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka niezdolnego do pracy,
- Kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeżeli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego,
- Kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Ubezpieczonym a rodzicem dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy pasierba,
- Oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera.

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

- Kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
- Inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku.

Osierocenia dziecka

- Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego*, lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego, lub przez organ wydający dokument,
- Kopia dokumentu tożsamości osoby wnioskującej o wypłatę świadczenia (prawnego opiekuna dziecka lub pełnoletniego dziecka Ubezpieczonego),
- Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka – w przypadku jego niepełnoletności,
- Potwierdzenie kontynuowania nauki – w przypadku Dzieci powyżej 19 roku życia,
- Kopia zaświadczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy, lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji – w przypadku niezdolności do pracy dziecka,
- Kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeżeli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego,
- Kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Ubezpieczonym a rodzicem dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy pasierba,
- Oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera.

Groźnej choroby, choroby nieuleczalnej, leczenia specjalistycznego, uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem mięśnia sercowego lub udarem

- Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
- Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego poświadczona notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego*, lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego,
- Kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka,
- Kopia dokumentu tożsamości partnera oraz oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w zwią-

ku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera,

- Kopia dokumentu tożsamości dziecka lub kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (w przypadku jego niepełnoletności) – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka,
- Kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeżeli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego,
- Kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Ubezpieczonym a rodzicem dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy pasierba.

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

- Kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
- Kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
- Inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku.

Niezdolności do pracy

- Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
- Kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności (jeśli zostały wydane),
- Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- Kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka,
- Kopia dokumentu tożsamości partnera oraz oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera,
- Kopia dokumentu tożsamości dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka.

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

- Kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
- Kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
- Inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku.

Telediagnozy

W przypadku roszczenia z tytułu Umowy dodatkowej Telediagnoza uprzejmie prosimy o bezpośredni kontakt z Konsorcjum WorldCare International Ltd., www.worldcare.pl, pod adresem e-mail: worldcare@worldcare.pl.

Przedstawiciel Konsorcjum poinformuje Państwa o wymaganych procedurach i dokumentach oraz udzieli wszelkiej pomocy w celu prawidłowego zgłoszenia roszczenia z tytułu Konsultacji Medycznej.

* osoba uprawniona z ramienia Ubezpieczającego do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem to pracownik działu kadr (działu personalnego) Ubezpieczającego lub radca prawny, lub kierownik sklepu, lub kierownik oddziału/filii/jednostki terenowej Ubezpieczającego, poświadczająca dokument pieczętą firmową, imienną z zajmowanym stanowiskiem oraz podpisem.

Jeśli okaże się, że do podjęcia decyzji niezbędne będą dodatkowe dokumenty, poinformujemy o tym niezwłocznie.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego, lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
2. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
3. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
4. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Nieszczęśliwy Wypadek Komunikacyjny** – Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego podróżującego w charakterze kierowcy lub pasażera Pojazdem lub Środkiem transportu publicznego będącym w ruchu, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej. Pod pojęciem Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd lub Środek transportu publicznego będący w ruchu,
2. **Pojazd** – pojazd z własnym napędem, posiadający silnik przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej do definicji Pojazdu włącza się także pojazdy szynowe,
3. **Środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego i
 - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego, i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenie oznacza:
Nieszczęśliwy Wypadek w Pracy – Nieszczęśliwy Wypadek, który wystąpił w czasie, w którym Ubezpieczony pozostawał w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy oraz wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,

2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
6. nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy,
7. wykonywania pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy i
 - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy, i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Uszczerbek na Zdrowiu** – trwała fizyczna strata funkcji narządu, układu lub kończyny, lub Złamanie niepowodujące trwałej straty funkcji kończyny,
2. **Złamanie** – medycznie stwierdzone przerwanie ciągłości tkanki kostnej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażytych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Uszczerbek na Zdrowiu zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na Zdrowiu były wymienione wyżej obrażenia ciała.
2. Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Wysokość Świadczenia zostanie ustalona na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”, stanowiącej załącznik do niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Wypłata Świadczenia z tytułu Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości Świadczenia § 7

1. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów, układów lub kończyn lub złamania części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narzodom lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia.
2. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, części sumy ubezpieczenia zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia Uszczerbku na Zdrowiu istniejącego uprzednio.
3. Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji i potwierdzeniu trwałego charakteru Uszczerbku na Zdrowiu.
4. Jeśli po potwierdzeniu przez Towarzystwo Uszczerbku na Zdrowiu zgodnie z § 6 ust. 1 Ubezpieczony jest nadal objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wówczas przy następnym zdarzeniu ubezpieczeniowym części sumy ubezpieczenia określone w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed tym zdarzeniem.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia Uszczerbku na Zdrowiu.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku


Łukasz Kalinowski

Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Całkowite i Trwałe Inwalidztwo** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nierokująca poprawy niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie,
2. **Częściowe i Trwałe Inwalidztwo** – fizyczna, nieodwracalna strata funkcji narządu, układu lub kończyny,
3. **Tabela Świadczeń** – tabela świadczeń określająca rodzaj inwalidztwa oraz odpowiadającą mu wysokość Świadczenia wyrażoną jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia, stanowiąca załącznik do Umowy dodatkowej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Całkowite i Trwałe lub Częściowe i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,

5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

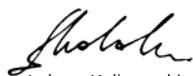
Wypłata Świadczeń § 6

1. Całkowite i Trwałe Inwalidztwo
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia zgodnie z Tabelą Świadczeń pod warunkiem, że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała, i
 - d) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo trwało nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i na zakończenie tego okresu pozostaje całkowitym i trwałym, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
 - 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Częściowe i Trwałe Inwalidztwo
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, zgodnie z Tabelą Świadczeń, Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Częściowe i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Częściowego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
 - 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Wypłata Świadczenia z tytułu Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
4. Wypłata Świadczenia z tytułu Częściowego i Trwałego Inwalidztwa nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie.
5. Wypłata Świadczenia w łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
6. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości Świadczenia

§ 7

1. Za całkowitą i nieodwracalną stratę funkcji narządu lub kończyny uważa się jej anatomiczną stratę powodującą trwałe inwalidztwo.
2. Jeśli na skutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi częściowa strata funkcji narządu lub kończyny, Świadczenie zostanie zmniejszone proporcjonalnie do stopnia ograniczenia czynności narządu lub kończyny.
3. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów lub kończyn części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narządom lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia.
4. Jeśli Częściowe i Trwałe Inwalidztwo jest spowodowane uszkodzeniem ciała nie wymienionym w Tabeli Świadczeń, ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”, stanowiącą załącznik do niniejszej Umowy dodatkowej.
5. Jeśli zostanie udowodniona leworęczność Ubezpieczonego, w przypadku Częściowego i Trwałego Inwalidztwa lewej kończyny górnej będą miały zastosowanie wartości procentowe podane w Tabeli Świadczeń należne za prawą kończynę górną, a w przypadku Częściowego i Trwałego Inwalidztwa prawej kończyny górnej wartości procentowe podane w Tabeli Świadczeń należne za lewą kończynę górną.



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

6. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź straty funkcji części ciała, narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej części sumy ubezpieczenia określone w tabelach zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.
7. Jeśli po potwierdzeniu przez Towarzystwo Częściowego i Trwałego Inwalidztwa zgodnie z § 6 ust. 2 Ubezpieczony jest nadal objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wówczas przy następnym zdarzeniu ubezpieczeniowym części sumy ubezpieczenia określone w tabelach zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego przed tym zdarzeniem.
8. Świadczenie zostanie wypłacone po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji i potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa.
9. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Całkowitego i Trwałego lub Częściowego i Trwałego Inwalidztwa.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do Umowy dodatkowej

Tabela Świadczeń

Trwałe Inwalidztwo Całkowite	wysokość Świadczenia w % sumy ubezpieczenia
Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100
Całkowita strata obu rąk lub obu dłoni	100
Całkowita głuchota, spowodowana urazem	100
Utrata dolnej szczęki	100
Całkowita utrata mowy	100
Całkowita strata jednej ręki i jednej nogi	100
Całkowita strata jednej ręki i jednej stopy	100
Całkowita strata jednej dłoni i jednej stopy	100
Całkowita strata jednej dłoni i jednej nogi	100
Całkowita strata obu nóg	100
Całkowita strata obu stóp	100

Trwałe Inwalidztwo Częściowe	wysokość Świadczenia w % sumy ubezpieczenia	
Głowa		
Strata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości		
– na powierzchni 6 cm ²	40	
– na powierzchni od 3 do 6 cm ²	20	
– na powierzchni mniejszej niż 3 cm ²	10	
Częściowa utrata dolnej szczęki, całej jej wznoszącej się części lub połowy kości szczękowej	40	
Całkowita strata jednego oka	40	
Całkowita głuchota jednego ucha	30	
Kończyny górne		
	Prawa	Lewa
Strata jednej ręki lub jednej dłoni	60	50
Znaczna strata tkanki kostnej ręki (uszkodzenie nieuleczalne i ostateczne)	50	40
Całkowity paraliż kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwów)	65	55
Całkowite porażenie nerwu pachowego	20	15
Zesztywnienie barku	40	30
Zesztywnienie łokcia		
– w położeniu korzystnym (90° +/- 15°)	25	20
– w położeniu niekorzystnym	40	35
Rozległa strata tkanki kostnej obu kości przedramienia (uszkodzenie nieuleczalne i ostateczne)	40	30
Całkowite porażenie nerwu pośrodkowego	45	35
Całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku	40	35
Całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia	30	25
Całkowite porażenie nerwu promieniowego dłoni	20	15
Całkowite porażenie nerwu łokciowego	30	25
Zesztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprostowanym i z dłońią w dół)	20	15
Zesztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym (zgiętym, z napięciem wyprostowanym lub z dłońią w górę)	30	25

Całkowita strata kciuka	20	15
Częściowa strata kciuka (człon paznokciowy)	10	5
Całkowite zeszywnienie kciuka	20	15
Całkowita amputacja palca wskazującego	15	10
Całkowita strata dwóch członów palca wskazującego	10	8
Całkowita strata członu paznokciowego palca wskazującego	5	3
Jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35	25
Całkowita strata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
Całkowita strata dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	12	8
Całkowita strata trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20	15
Całkowita strata czterech palców włącznie z kciukiem	45	40
Całkowita strata czterech palców	40	35
Całkowita strata palca środkowego	10	8
Całkowita strata palca innego niż kciuk, palec wskazujący lub środkowy	7	3
Zesztywnienie palców rąk (z wyjątkiem kciuka i palca wskazującego) uprawnia do 50% Świadczenia należnego w przypadku straty danych palców.		
Kończyny dolne		Prawa lub lewa
Całkowita strata uda (górnej połowy)		
60		
Całkowita strata uda (dolnej połowy) i podudzia		
50		
Całkowita strata stopy (amputacja w okolicy piszczelowo-stępowej)		
45		
Częściowa strata stopy (amputacja w stawie skokowym)		
40		
Częściowa strata stopy (amputacja w środkowej części stępu)		
35		
Częściowa strata stopy (amputacja w okolicy stępowo-śródstopnej)		
30		
Całkowity paraliż dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)		
60		
Pełne porażenie zewnętrznego nerwu podkolanowego		
30		
Pełne porażenie wewnętrznego nerwu kulszowo-podkolanowego		
20		
Pełne porażenie nerwu kulszowo-podkolanowego (zewnętrznego i wewnętrznego)		
40		
Zesztywnienie stawu biodrowego		
40		
Zesztywnienie stawu kolanowego		
20		
Strata tkanki kostnej kości udowej lub obu kości podudzia (stan nieuleczalny)		
60		
Strata tkanki kostnej rzepki ze znacznym rozsunieniem fragmentów i dużym utrudnieniem ruchów przy wyprostowanym podudziu		
40		
Strata tkanki kostnej rzepki z zachowaniem możliwości ruchów		
20		
Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 5 cm		
30		
Skrócenie kończyny dolnej o 3 do 5 cm		
20		
Skrócenie kończyny dolnej o 1 do 3 cm		
10		
Całkowita amputacja wszystkich palców stóp		
25		
Amputacja czterech palców stóp włącznie z dużym palcem		
20		
Całkowita strata czterech palców stóp		
10		
Całkowita strata dużego palca		
10		
Całkowita strata dwóch palców stóp		
5		
Amputacja jednego palca stopy innego niż duży palec		
3		
Zesztywnienie palców nóg (z wyjątkiem palucha) uprawnia do 50% Świadczenia należnego w przypadku straty danych palców.		

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku


 Łukasz Kalinowski
 Prezes Zarządu Towarzystwa


 Piotr Sztrauch
 Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku PAKIET RENTA

Postanowienia ogólne § 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.
2. Niniejsza Umowa dodatkowa obejmuje ochroną Ubezpieczonego oraz Małżonka lub Partnera, jeżeli tak stanowi Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenie oznacza:

Trwałe Inwalidztwo – nie mniejsze niż 50% uszkodzenie ciała Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera określone w Tabeli stanowiącej załącznik do niniejszych Warunków lub ustalone na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku” polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej lub Trwałe Inwalidztwo Małżonka lub Partnera na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa
 - z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Małżonek kończy 70 rok życia – w odniesieniu do Małżonka,
 - z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Partner kończy 70 rok życia – w odniesieniu do Partnera,
 - z dniem, w którym nastąpiła wypłata Świadczenia opisanego w § 6 ust. 1 lub ust. 2 w odniesieniu do Ubezpieczonego lub Małżonka, lub Partnera,
 - jeśli Ubezpieczony, Małżonek lub Partner został w trakcie trwania niniejszej Umowy dodatkowej uznany za Niepoczytalnego – z dniem powstania stanu Niepoczytalności.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera, które spowodowały Trwałe Inwalidztwo, powstały w wyniku:

- a) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera, lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera,
 - b) lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - c) obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - d) uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
 - e) wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.
2. Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa będącego rezultatem następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: zwyrodnienie kręgosłupa, dyskopatia, kręgozmyk, przepuklina krążka miazdżystego.

Wypłata Świadczeń § 6

1. Jednorazowe Świadczenie
 - 1) Jeżeli Ubezpieczony, Małżonek lub Partner dozna fizycznych obrażeń ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, których skutkiem jest Trwałe Inwalidztwo, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe Świadczenie w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jeżeli:
 - a) Ubezpieczony, Małżonek lub Partner odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała, i
 - d) Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera trwało przez sześć (6) kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i nadal pozostaje Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu, nierokującym poprawy w świetle obowiązującej wiedzy medycznej.
 - 2) Wysokość jednorazowego Świadczenia jest określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
 - 3) Wypłata jednorazowego Świadczenia rozpocznie się po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa.
2. Miesięczne Świadczenie
 - 1) Jeżeli Ubezpieczony, Małżonek lub Partner dozna fizycznych obrażeń ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, których skutkiem jest Trwałe Inwalidztwo, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu miesięczne Świadczenie, jeżeli:
 - a) Ubezpieczony, Małżonek lub Partner odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała, i

- d) Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera trwało przez sześć (6) kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i nadal pozostaje Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu, nierokującym poprawy w świetle obowiązującej wiedzy medycznej.
 - 2) Wysokość miesięcznego Świadczenia oraz okres jego wypłaty są określone w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
 - 3) Wypłata miesięcznego Świadczenia rozpocznie się po zakończeniu leczenia i okresie rehabilitacji oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa i będzie obejmowała okres od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Inwalidztwa.
 - 4) Miesięczne Świadczenie na pisemny wniosek Ubezpieczonego może być zamienione na jednorazową wypłatę równą sumie należnych i niewypłaconych Świadczeń miesięcznych.
 - 5) W przypadku śmierci Ubezpieczonego otrzymującego miesięczne Świadczenie pozostała do wypłaty suma miesięcznych Świadczeń zostanie wypłacona jednorazowo jego spadkobiercom.
3. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości Świadczenia § 7

1. Jeśli Trwałe Inwalidztwo jest spowodowane uszkodzeniem ciała niewymienionym w Tabeli Świadczeń stanowiącej załącznik do niniejszych Warunków, ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”, z zastrzeżeniem, iż trwałe inwalidztwo ustalone w oparciu o tę Tabelę nie jest mniejsze niż 50%. Tabele, o których mowa w niniejszym punkcie, stanowią integralną część niniejszej Umowy dodatkowej.


Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

2. Jeżeli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku doszło do zaistnienia obrażeń w obrębie kilku narządów lub kończyn, Towarzystwo obliczy wielkość procentowego uszkodzenia ciała, sumując procenty inwalidztwa odpowiadające poszczególnym narządom lub kończynom zgodnie z „Tabelą norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”.
3. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, przy ocenie stopnia inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem zaistniałym w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, uwzględniany będzie stopień inwalidztwa istniejącego uprzednio. Prawo do Świadczenia będzie przysługiwało w przypadku kiedy wartość procentowa orzeczonego inwalidztwa pomniejszonego o inwalidztwo istniejące uprzednio będzie spełniała definicję Trwałego Inwalidztwa zgodnie z § 2 niniejszych Warunków.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Trwałego Inwalidztwa odpowiadającego niniejszym Warunkom. Ubezpieczony, Małżonek lub Partner jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią niniejszych Warunków. Wszelkie Świadczenia należne z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

§ 8

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku


Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Tabela inwalidztwa z podziałem na rodzaj trwałego inwalidztwa
Szczegółowy podział i klasyfikacja inwalidztwa jest do wglądu
w placówkach Towarzystwa

Trwałe Inwalidztwo
Całkowita strata wzroku w obu oczach
Całkowita strata obu ramion lub obu dłoni
Całkowita głuchota, spowodowana urazem
Strata dolnej szczęki
Całkowita strata mowy
Całkowita strata jednego ramienia i jednej nogi
Całkowita strata jednego ramienia i jednej stopy
Całkowita strata jednej dłoni i jednej stopy

Trwałe Inwalidztwo
Całkowita strata jednej dłoni i jednej nogi
Całkowita strata obu nóg
Całkowita strata obu stóp
Strata jednego ramienia lub jednej dłoni
Całkowity paraliż kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwów)
Całkowita strata kończyny dolnej powyżej połowy uda
Całkowita strata kończyny dolnej poniżej połowy uda
Całkowity paraliż dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku


Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa


Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamieny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - stwierdzone w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii,
- Udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - zawał tkanki mózgowej,
 - krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - zator materiałem pochodzenia pozaczaszkiowego.Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
 - zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - przemijające niedokrwienie mózgu,
 - uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, będącego Małżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej

rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od daty wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:

- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
- usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- nadużywania alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, a także poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
- radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
- choroby, która została rozpoznana przed datą objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, a w szczególności jeżeli Zawał serca lub Udar był rozpoznany przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Wypłata Świadczeń § 6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że zgon Ubezpieczonego nastąpił w ciągu 30 dni od daty rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 ust. 1 lub 2.
- Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy choroby pojawiają się po raz pierwszy po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Jeżeli tak stanowi Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia, w przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny zakład ubezpieczeń w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru, bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa wymienione w § 5 ust. 5 oraz § 6 ust. 2 nie mają zastosowania. W takim przypadku, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, a przyczyną tego zdarzenia była choroba rozpoznana lub choroba, której objawy wystąpiły przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, a po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru w poprzednim zakładzie ubezpieczeń, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości niższego z następujących świadczeń:
 - świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń albo
 - świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem, że:

- ochrona w poprzednim zakładzie ubezpieczeń obejmująca zakresem umowę dodatkową na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
- Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie umowy dodatkowej na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant ubezpieczenia, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia poprzedniego ubezpieczenia.

Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.

4. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamieny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - stwierdzenie w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii,
- Udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - zawał tkanki mózgowej,
 - krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - zator materiałem pochodzenia pozaczaszkiowego.Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
 - zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - przemijające niedokrwienie mózgu,
 - uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem,
- Uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego narządu lub układu, polegające na upośledzeniu lub utracie jego funkcji.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, będącego Małżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej

po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od daty wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:

- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
- usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- nadużywania alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, a także poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
- radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
- choroby Ubezpieczonego, która została rozpoznana przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, a w szczególności jeżeli Zawał serca lub Udar był rozpoznany przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Wypłata Świadczeń

§ 6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - między Zawałem mięśnia sercowego lub Udarciem a Uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy oraz
 - upośledzenie lub utrata funkcji narządu lub układu zostały stwierdzone przez lekarza w terminie 180 dni od daty wystąpienia Zawału mięśnia sercowego lub Udaru, oraz
 - Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty rozpoznania Zawału mięśnia sercowego lub Udaru.
- Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy choroby pojawią się po raz pierwszy po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Jeżeli tak stanowi Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia, w przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny zakład ubezpieczeń w zakresie ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru, bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wymienione w § 5 ust. 5 oraz § 6 ust. 2 nie mają zastosowania. W takim przypadku, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na wystąpieniu Zawału mięśnia sercowego lub Udaru, skutkującego Uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego wystąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, a przyczyną tego zdarzenia była choroba rozpoznana lub choroba, której objawy wystąpiły przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, a po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej dotyczącej uszczerbku na

zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru w poprzednim zakładzie ubezpieczeń, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości niższego z następujących świadczeń:

- świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń albo
 - świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej.
- Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem, że:
- ochrona w poprzednim zakładzie ubezpieczeń obejmująca zakresem umowę dodatkową na wypadek uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
 - Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie umowy dodatkowej na wypadek uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant ubezpieczenia, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia poprzedniego ubezpieczenia.

Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.

4. Procent Uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
5. Wysokość Świadczenia zostanie ustalona przez lekarza powołanego przez Towarzystwo na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru”, stanowiącej załącznik do niniejszej Umowy dodatkowej.
6. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.


Ustalenie wysokości wypłaty Świadczenia

§ 7

1. Za Uszczerbek na zdrowiu spowodowany przez jeden i ten sam Zawał mięśnia sercowego lub jeden Udar może być przyznane maksymalnie 100% uszczerbku na zdrowiu.
2. Ubezpieczonemu przysługuje jedno Świadczenie za Uszczerbek na zdrowiu spowodowany przez Zawał mięśnia sercowego i jedno Świadczenie za Uszczerbek na zdrowiu spowodowany przez Udar.
3. W przypadku uszkodzenia narządu lub układu, który przed Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem był uszkodzony na skutek samoistnej choroby lub przebytego urazu, w obrębie którego powstał uszczerbek na zdrowiu, procent uszczerbku ustala się poprzez proporcjonalne zmniejszenie, biorąc pod uwagę stan danego narządu lub układu przed Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem i stan istniejący po Zawałe mięśnia sercowego lub Udarze.
4. Po ustaleniu przez Towarzystwo procentu Uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego nie ma wpływu na zmianę wysokości wypłaconego Świadczenia.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wszelkie Świadczenia, które powinny być wypłacone Ubezpieczonemu, zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę,
2. **Niezdolność do Pracy** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nierokująca poprawy, niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, zgodnej z jego wykształceniem i przyuczeniem i doświadczeniem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej lub Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego na skutek Choroby rozpoznanej w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli Niezdolność do Pracy została spowodowana w wyniku:

1. Choroby rozpoznanej przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
2. Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
3. wszelkich zaburzeń umysłowych, psychicznych, nerwic,
4. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
5. jakiegokolwiek choroby lub ułomności fizycznej lub psychicznej spowodowanej przez czynniki określone w punkcie 3,

6. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
7. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
8. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
9. Nieszczęśliwego Wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. Niezdolność do Pracy na skutek Nieszczęśliwego Wypadku
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, która powstała w wyniku tych obrażeń, została stwierdzona w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała, i
 - d) Niezdolność do Pracy trwała nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i na zakończenie tego okresu pozostała całkowitą i trwałą, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
2. Niezdolność do Pracy na skutek Choroby
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Choroba będąca przyczyną Niezdolności do Pracy została rozpoznana w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - b) Niezdolność do Pracy trwała nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy i na zakończenie tego okresu pozostała całkowitą i trwałą, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
3. Wypłata Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Niezdolności do Pracy.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenie oznacza:

Niezdolność do Pracy – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nierokująca poprawy, niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, zgodnej z jego wykształceniem i przyrządzeniem i doświadczeniem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:

1. Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
2. wszelkich zaburzeń umysłowych, psychicznych, nerwic,
3. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
4. jakiegokolwiek choroby lub ułomności fizycznej lub psychicznej spowodowanej przez czynniki określone w punkcie 2,

5. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
6. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
7. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
8. Nieszczęśliwego Wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażytych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, która powstała w wyniku tych obrażeń, została stwierdzona w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała, i
 - d) Niezdolność do Pracy trwała nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i na zakończenie tego okresu pozostała całkowitą i trwałą, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Niezdolności do Pracy.
4. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Nieszczęśliwy Wypadek w Pracy** – Nieszczęśliwy Wypadek, który wystąpił w czasie, w którym Ubezpieczony pozostawał w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy oraz wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej,
2. **Niezdolność do Pracy** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nierokująca poprawy niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, zgodnej z jego wykształceniem i przyuczeniem i doświadczeniem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:

1. Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy, który wystąpił przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
2. wszelkich zaburzeń umysłowych, psychicznych, nerwic,
3. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,

4. jakiegokolwiek choroby lub ułomności fizycznej lub psychicznej spowodowanej przez czynniki określone w punkcie 2,
5. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
6. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
7. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
8. Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
9. nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego przepisów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy,
10. wykonywania pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy i
 - b) Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, która powstała w wyniku tych obrażeń, została stwierdzona w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała, i
 - d) Niezdolność do Pracy trwała nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy, i na zakończenie tego okresu pozostała całkowitą i trwałą, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Niezdolności do Pracy.
4. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Ablacja** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska powodującego zaburzenia rytmu serca,
2. **Chemioterapia** – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków chemioterapeutycznych według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową,
3. **Dializoterapia** – leczenie ostrej i przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej, trwające przez okres co najmniej jednego miesiąca,
4. **Kardiowerter/defibrylator** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepione Ubezpieczonemu, który ma poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia,
5. **Radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego,
6. **Rozrusznik serca (stymulator serca/kardiostymulator)** – urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała Ubezpieczonego,
7. **Terapia interferonowa** – podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego,
8. **Leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia wymieniona w § 3 zastosowana w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest zastosowanie wobec Ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej Leczenia specjalistycznego:

1. Ablacji,
2. Chemioterapii albo Radioterapii,
3. Dializoterapii,
4. wszczepienia Kardiowertera/defibrylatora,
5. wszczepienia Rozrusznika serca,
6. Terapii interferonowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, będącego Małżonkiem, Partnerem, Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleceniem lub okaleceniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
3. nadużywaniem alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
4. radiacją, reakcją jądrową lub skażeniem radioaktywnym,
5. działaniem trucizny, trujących gazów lub oparów,
6. chorobą, w przypadku której Ubezpieczony otrzymał diagnozę lub zalecenie przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej,
7. nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej,
8. niezastosowaniem się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
9. poddaniem się eksperymentowi medycznemu,
10. leczeniem nowotworów współistniejących z HIV.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy dodatkowej w dniu:
 - a) podania pierwszej dawki leku w przypadku Chemioterapii, Terapii interferonowej,
 - b) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku Radioterapii,
 - c) wszczepienia po raz pierwszy Kardiowertera/defibrylatora, Rozrusznika serca, wykonania pierwszej Ablacji,
 - d) pierwszej dializy w przypadku Dializoterapii.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje Leczenia specjalistycznego, które rozpoczęło się przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego.
3. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego zarówno Radioterapii, jak i Chemioterapii Towarzystwo wypłaca tylko jedno Świadczenie, o ile oba te leczenia spowodowane są tą samą jednostką chorobową lub zachodzi związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zastosowaniem obu tych Leczeń specjalistycznych.
4. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 1 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpie-

czony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie. W przypadku zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- Leczenia specjalistycznego, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie oraz
- Leczenia specjalistycznego, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z Leczeniem specjalistycznym, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie.

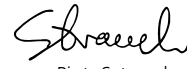
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego w jednym z trzech dostępnych Wariantów:

Wariant I albo

Wariant II, albo

Wariant III,

przy czym Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa Wariant Umowy dodatkowej obowiązujący dla danej Umowy Ubezpieczenia.

Postanowienia niniejszych Warunków odnoszące się do zdarzeń wymienionych w § 2 nieobjętych zakresem ubezpieczenia w ramach Wariantu obowiązującego dla danej Umowy Ubezpieczenia nie mają zastosowania.

Definicje

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- rak** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenieniem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe, potwierdzony wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym),
- zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamieny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii,
- choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego** – przebyte, w następstwie objawów duszniczy bolesnej, operacji z zastosowaniem krążenia pozastworowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej za pomocą przeszczepów omijających (by-pass), z wyłączeniem przezskórnej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych,
- udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszyły trwałe i nieodwracalne ubytki neurologiczne, w tym:
 - zawał tkanki mózgowej,
 - krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego.Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
 - zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- przemijające niedokrwienie mózgu,
 - uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem,
- niewydolność nerek** – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu z nich, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek lub przebyciem przeszczepu nerki,
 - przeszczepienie narządów** – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące przeszczepienie następujących (jednego lub kilku) narządów pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego,
 - utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby, której rozpoznanie potwierdzą klinicznie lekarz okulista i lekarz powołany przez Towarzystwo,
 - śpiączka** – stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (albo potrzeby fizjologiczne) utrzymujący się nieprzerwanie co najmniej przez 96 godzin i skutkujący trwałymi, nieodwracalnymi ubytkami (deficytami) neurologicznymi. Koniecznym wymogiem jest użycie systemów podtrzymujących życie,
 - poważne oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia będące wynikiem wypadku, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regułą dziewiątek” mapy powierzchni ciała,
 - utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Uraz lub choroba strun głosowych musi być potwierdzona przez specjalistę laryngologa w dokumentacji medycznej. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiałe mówionego języka,
 - stwardnienie rozsiane** – przewlekła, postępująca choroba centralnego układu nerwowego, charakteryzująca się powstawaniem rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu i rdzeniu przedłużonym oraz występowaniem trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie choroby musi spełniać jednocześnie wszystkie poniżej wymienione warunki:
 - jednoznaczna diagnoza postawiona przez specjalistę neurologa na podstawie obowiązujących kryteriów klinicznych i potwierdzona uwidocznieniem co najmniej dwóch ognisk demielinizacyjnych ośrodkowego układu nerwowego w badaniach obrazowych,
 - stan kliniczny chorego odpowiada co najmniej 3 stopniowi Rozszerzonej Skali Niewydolności Ruchowej Kurtzkiego (EDSS),
 - medyczna dokumentacja potwierdza wystąpienie co najmniej jednego rzutu choroby, tj. zaostření i remisji stwierdzonych ubytków neurologicznych,
 - operacja zastawek serca** – przebyta operacja na otwartym sercu w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawek serca. Rozpoznanie nieprawidłowości (wad) zastawek musi być potwierdzone cewnikowaniem serca lub echokardiogramem. Wskazania do operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę kardiologa,
 - utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub wypadku. Dokumentacja medyczna powinna być poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) oraz badaniem audiometrii tonalnej i proggu słyszenia,
 - paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów,
 - utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczesną utratę obu dłoni lub obu stóp oraz jednoczesną utratę jednej dłoni i jednej stopy,

16. **łagodny guz mózgu** – łagodny guz mózgu charakteryzujący się wszystkimi poniższymi cechami:
- występowanie zagrożenia życia,
 - spowodowanie uszkodzenia mózgu,
 - guz został usunięty chirurgicznie lub w przypadku nieoperacyjności spowodował trwałe deficyty neurologiczne,
 - występowanie guza zostało potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga w oparciu o wyniki magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych wiarygodnych badań obrazowych.
- Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
- torbiele,
 - ziarniniaki,
 - malformacje naczyniowe,
 - krwiaki,
 - guzy przysadki mózgowej oraz rdzenia kręgowego,
17. **operacja aorty** – przebiecie zabiegu operacyjnego z powodu choroby aorty, polegającego na wycięciu i zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty przez przeszczep. Pod pojęciem aorty rozumie się aortę piersiową i brzuszna bez odgałęzień,
18. **dystrofia mięśniowa** – wystąpienie postępującej dystrofii mięśniowej przy spełnieniu następujących warunków:
- choroba sklasyfikowana jest jako dystrofia mięśniowa Duchenne'a, Beckera, kończynowo-obrzękowa, miotoniczna, dystrofia twarzowo-topatkowo-ramienna, oczno-gardłowa i
 - stwierdza się występowanie trwałego ubytku neurologicznego, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania przynajmniej dwóch czynności życia codziennego,
19. **inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca** – zwężenie światła co najmniej trzech tętnic o co najmniej 60%, potwierdzone badaniem koronarograficznym, niezależnie od faktu przeprowadzenia jakiegokolwiek leczenia zabiegowego tętnic wieńcowych,
20. **piorunujące wirusowe zapalenie wątroby** – wystąpienie rozległej martwicy wątroby spowodowanej wirusem zapalenia wątroby prowadzące do gwałtownego jej uszkodzenia, przy spełnieniu następujących kryteriów:
- martwica obejmująca całe zraziki,
 - nagle zmniejszenie się rozmiaru wątroby,
 - nagle pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby,
 - narastająca żółtaczka,
21. **pierwotne nadciśnienie płucne** – pierwotne nadciśnienie w tętnicach płucnych stwierdzone przy spełnieniu następujących kryteriów:
- znaczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej i
 - potwierdzona niewydolność prawokomorowa serca,
22. **choroba nieuleczalna** – ostateczne rozpoznanie choroby, która według wiedzy medycznej zakończy się zgonem w ciągu najbliższych 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być poparte opinią specjalisty i potwierdzone przez lekarza Towarzystwa. Wykluczona jest choroba nieuleczalna spowodowana infekcją wirusem HIV,
23. **schyłkowa niewydolność płuc** – schyłkowa niewydolność płuc spowodowana przez przewlekłe choroby układu oddechowego. Diagnoza musi być potwierdzona wynikami badań wykazującymi spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- wynik FEV1, który jest mniejszy niż 1 litr,
 - konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
 - wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie tlenu mniejsze niż 55 mm Hg (PaO₂ równe lub mniejsze niż 55 mm Hg),
 - występowanie duszności spoczynkowej.
- Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza pulmonologa,
24. **choroba neuronu ruchowego** – wystąpienie stwardnienia zanikowego bocznego lub pierwotnego stwardnienia bocznego połączonego z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch czynności życia codziennego,
25. **choroba Parkinsona** – wystąpienie choroby Parkinsona połączone z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch czynności życia codziennego,
26. **niedokrwistość aplastyczna** – przewlekłe utrwalone uszkodzenie szpiku kostnego, które powoduje niedokrwistość (spadek liczby krwinek czerwonych), spadek liczby krwinek białych i płytek krwi, wymagające leczenia przy użyciu jednej z następujących metod:
- przetoczenia produktów krwiopochodnych,
 - czynników stymulujących szpik kostny,
 - immunosupresji,
 - przeszczepu szpiku kostnego,
27. **przeszkórna interwencja wieńcowa (PCI)** – procedura terapeutyczna choroby niedokrwiennej serca, polegająca na likwidacji (lub próbie likwidacji) zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przeszskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów wprowadzanych do naczynia,
28. **zapalenie mózgu** – ciężkie zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) skutkujące istotnymi, poważnymi, trwałymi i nieodwracalnymi ubytkami neurologicznymi potwierdzonymi przez konsultanta neurologa. Trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny musi być udokumentowany przez co najmniej 4 tygodnie,
29. **ważny uraz głowy** – uraz głowy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, skutkujący trwałym i nieodwracalnym ubytkiem neurologicznym stwierdzonym nie wcześniej niż 6 tygodni od daty wypadku. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez konsultanta neurologa i poparte jednoznaczными wynikami tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub innymi wiarygodnymi badaniami obrazowymi. Wypadek musi być spowodowany wyłącznie i bezpośrednio przez przypadkowe, gwałtowne, zewnętrzne i widoczne czynniki i niezależny od wszelkich innych przyczyn. Wykluczone są urazy rdzenia kręgowego i urazy głowy z powodu jakichkolwiek innych przyczyn,
30. **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – infekcja bakteryjna skutkująca ciężkim zapaleniem opon mózgu lub rdzenia kręgowego, której wynikiem jest istotny, nieodwracalny i trwały ubytek neurologiczny. Ubytek neurologiczny musi utrzymywać się przez co najmniej 6 tygodni. Powyższe rozpoznanie musi być potwierdzone przez:
- obecność bakterii w płynie mózgowo-rdzeniowym, uzyskany po nakłuciu lędźwiowym i
 - konsultanta neurologa.
- Wykluczone jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych spowodowane infekcją wirusem HIV,
31. **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – potwierdzona przez konsultanta medycznego utrata zdolności do samodzielnej egzystencji skutkująca całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego nieprzerwanie przez okres sześciu miesięcy i która jest uznana za trwałą po zakończeniu tego okresu, to znaczy nie rokuje nadziei na wyleczenie na podstawie aktualnej nauki i wiedzy medycznej,
32. **toczeń rumieniowaty układu z toczniowym zapaleniem nerek** – wieloukładowa i wieloczynnikowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się rozwojem auto-przeciwciał skierowanych przeciwko własnej tkance nerkowej. W ramach niniejszej Umowy dodatkowej toczą rumieniowaty układu będzie ograniczony do postaci dotyczących nerek (klasy III-V toczniowego zapalenia nerek, ustalone w oparciu o biopsję nerkową, zgodnie z klasyfikacją WHO). Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę reumatologa, immunologa lub nefrologa.
- Klasyfikacja WHO toczniowego kłębkowego zapalenia nerek:
- Klasa I. Obraz prawidłowy lub zmiany minimalne,
- Klasa II. Zmiany ograniczone do mezangium,
- Klasa III. Ogniskowe, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych,
- Klasa IV. Rozlane, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych,
- Klasa V. Błoniaste zapalenie kłębuszków nerkowych,
- Klasa VI. Postępujące zapalenie kłębuszków ze stwardnieniem,
33. **zespół apaliczny** – uogólniona trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej bez uszkodzenia pnia mózgu. Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez konsultanta neurologa. Stan ten musi trwać co najmniej jeden miesiąc w oparciu o dokumentację medyczną,
34. **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typ B lub C trwające ponad 6 miesięcy i potwierdzone dodatnim wynikiem HBV (lub HCV) RNA PCR oraz cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby w badaniu biopsyjnym wątroby,
35. **choroba Leśniowskiego-Crohna** – jednoznaczne rozpoznanie w okresie ochrony i potwierdzenie histopatologiczne przewlekłego, nieswoistego zapalenia jelita ze skłonnością do ziarninowania. Do uznania Świadczenia konieczne jest potwierdzenie przedziurawienia jelita, przetoki lub niedrożności jelitowej, lub innej przyczyny leczenia operacyjnego,
36. **choroba Alzheimera** – rozpoznanie u Ubezpieczonego choroby Alzheimera lub trwałego otępienia innego rodzaju – przewlekłej, postępującej choroby organicznej ośrodkowego układu nerwowego z istotnym deficytem sprawności intelektualnej, z upośledzeniem pamięci, funkcji poznawczych, z zaburzeniami osobowości, nastroju, osądu i myślenia abstrakcyjnego, z koniecznością stałej opieki lub nadzoru nad Ubezpieczonym.
- Zakres ochrony nie obejmuje demencji wtórnej od nadużywania alkoholu lub leków, AIDS,
37. **przewlekła niewydolność wątroby** – schyłkowa niewydolność wątroby z występowaniem klinicznych objawów przewlekłej niewydolności miąższu wątroby występujących łącznie:
- utrwaloną żółtaczką,
 - wodobrzuszem,
 - encefalopatią wątrobową.
- Ochrona nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu lub zatrucia lekami, środkami chemicznymi,
38. **wrzdziejące zapalenie jelita grubego** – rozpoznanie po raz pierwszy w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej wrzdziejącego zapalenia jelita grubego potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego i leczone operacyjnie,
39. **zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi** – powikłanie przetoczenia krwi wykonanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby niechorującej na hemofilię, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją medyczną,
40. **zakażenie HIV w wyniku narażenia zawodowego** – zakażenie HIV w następstwie wykonywania obowiązków zawodowych potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją medyczną,
41. **sepsa** – uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i niewydolnością wielonarządową. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone jednoznacznie w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego,
42. **teżec** – leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznego rozpoznania postaci uogólnionej ostrej choroby zakaźnej, wywołanej przez neurotoksynę produkowaną przez laseczki teźca (Clostridium tetani),
43. **wścieklizna** – leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznego rozpoznania ostrej choroby zakaźnej, wywołanej przez wirus wścieklizny (Rabies virus),
44. **borelioza** – leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznie rozpoznanej krętkowicy (Borrelia burgdorferi) przenoszonej przez kleszcze przebiegającej z różnorodnymi objawami narządowymi, oraz potwierdzonej swoistymi badaniami immunologicznymi,

45. **choroba Creutzfeldta-Jacoba** – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jacoba, charakteryzującej się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, skutkującej trwałym ubytkiem neurologicznym uniemożliwiającym wykonanie co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego,
46. **gruźlica** – leczenie przeciwprątkowe z powodu potwierdzonej bakteriologicznie lub histologicznie choroby zakaźnej wywołanej prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem płuc lub innych narządów,
47. **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – leczenie operacyjne w trybie pilnym z powodu masywnego zatoru tętnicy płucnej potwierdzonego jednoznacznie w dokumentacji medycznej,
48. **AIDS** – Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) jest używany w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczenia, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV,
49. **czynności życia codziennego** –
 Poruszanie się (mobilność) – zdolność do samodzielnego poruszania się na jednym poziomie, kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania na krześle i zsiadania z krzesła, bez fizycznej pomocy innej osoby,
 Kontrola zwieraczy – świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu umożliwiającą zachowanie higieny osobistej,
 Ubieranie – samodzielne ubieranie i rozbieranie się,
 Korzystanie z toalety – zdolność do udania się i powrotu z toalety, zdolność do skorzystania z toalety i utrzymania związanej z tym higieny,
 Jedzenie – samodzielne spożywanie przygotowanego posiłku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest:

- w Wariantcie I: rozpoznanie choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1-2, 4-5, 7-11, 13-16 lub przebycie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17,
- w Wariantcie II: rozpoznanie choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1-2, 4-5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-33 lub przebycie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17 i 27,
- w Wariantcie III: rozpoznanie choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1-2, 4-5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-46 lub przebycie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17, 27 i 47.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, będącego Małżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.
- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
 - usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - nadużywania alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - AIDS (wyłączenie nie ma zastosowania dla zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 2 pkt 39 i 40),
 - radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
 - działania trucizny, trujących gazów lub oparów,
 - nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
 - choroby, w przypadku której Ubezpieczony otrzymał diagnozę lub zalecenie przeprowadzenia leczenia operacyjnego lub podlegał leczeniu, lub podlegał medycznej kontroli, lub był w trakcie badań diagnostycznych przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- Ubezpieczony, u którego dokonano rozpoznania jednej z chorób wymienionych w § 2 punkty 1-2, 4-5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-46 lub dokonano lub zalecono dokonanie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17, 27 lub 47 przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, zostanie objęty ubezpieczeniem na podstawie Umowy dodatkowej z poniższymi wyłączeniami:

Punkt z § 2	Zdarzenie zaistniałe przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej	Wyłączenie ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z definicjami zawartymi w § 2
1	Rak	1, 6, 16, 22
2	Zawał mięśnia sercowego	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
3	Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
4	Udar	2-4, 6, 8, 10, 12, 16-17, 19, 22, 27, 31
5	Niewydolność nerek	5-6
6	Przeszczepienie narządu	1, 5-6, 8, 22, 31
7	Utrata wzroku	7, 16
8	Śpiączka	4, 7-8, 10, 16, 22, 31
9	Poważne oparzenie	9
10	Utrata mowy	4, 8, 10, 16
11	Stwardnienie rozsiane	7-8, 11, 22, 31
12	Operacja zastawek serca	2-4, 6, 8, 12, 17, 19, 27
13	Utrata słuchu	13
14	Paraliż	14, 22, 31
15	Utrata kończyn	15
16	Łagodny guz mózgu	1, 4, 7-8, 10, 16
17	Operacja aorty	2-4, 12, 17, 19, 27
18	Dystrofia mięśniowa	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
19	Inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
20	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	6, 20, 22, 31
21	Pierwotne nadciśnienie płucne	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
22	Choroba nieuleczalna	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
23	Schyłkowa niewydolność płuc	6, 21-23, 31
24	Choroba neuronu ruchowego	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
25	Choroba Parkinsona	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
26	Niedokrwistość aplastyczna	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
27	Przełknięta interwencja wieńcowa (PCI)	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
28	Zapalenie mózgu	8, 14, 22, 28, 30-31
29	Poważny uraz głowy	4, 7-8, 10, 13-14, 22, 24, 29, 31
30	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	8, 14, 22, 28, 30-31
31	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
32	Toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
33	Zespół apaliczny	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
34	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby	6, 8, 20, 34, 37
35	Choroba Leśniowskiego-Crohna	35, 38
36	Choroba Alzheimera	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
37	Przewlekła niewydolność wątroby	6, 8, 34, 37
38	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	35, 38
39	Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
40	Zakażenie HIV w wyniku narażenia zawodowego	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
41	Sepsa	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
42	Tężec	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
43	Wścieklizna	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
44	Borelioza	28, 30, 44-45
45	Choroba Creutzfeldta-Jacoba	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
46	Gruźlica	23, 41, 46
47	Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	4-5, 8, 10, 14, 23, 31, 47

Wypłata Świadczeń § 6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia, z wyjątkiem groźnych chorób wymienionych poniżej, w przypadku których Świadczenie zostanie wypłacone w wysokości niższej niż 100% sumy ubezpieczenia, zgodnie z poniższą tabelą:

Punkt z § 2	Groźna choroba	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
19	Inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca	50%
27	Przeszkórna interwencja wieńcowa (PCI)	10%
34	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby	25%
35	Choroba Leśniowskiego-Crohna	50%
38	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	50%
44	Borelioza	50%
46	Gruźlica	50%
47	Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	50%

2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty:
- 1) rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 1-2, 4-5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-46 lub
 - 2) zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17, 27 i 47.
3. Jeżeli tak stanowi Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia, w przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny zakład ubezpieczeń, bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wymienione w § 5 ust. 1 pkt 7) oraz pkt 8) nie mają zastosowania, jeśli groźna choroba wymieniona w § 2 została rozpoznana w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub leczenie operacyjne wymienione w § 2 zostało przeprowadzone w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, zaś przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej dotyczącej groźnej choroby w poprzednim zakładzie ubezpieczeń Ubezpieczony otrzymał zalecenie leczenia operacyjnego lub podlegał leczeniu, lub podlegał medycznej kontroli, lub był w trakcie badań diagnostycznych w związku z groźną chorobą lub leczeniem operacyjnym. Towarzystwo wypłaci Świadczenie tylko za te jednostki chorobowe oraz operacje, które wymieniono w katalogu groźnych chorób w poprzednim zakładzie ubezpieczeń i są objęte zakresem ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, w wysokości niższego z następujących świadczeń:
- świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń albo
 - świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej.
- Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem, że:
- ochrona w poprzednim zakładzie ubezpieczeń obejmująca zakresem wystąpienie danej groźnej choroby zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
 - Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie groźnej choroby

przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant ubezpieczenia, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia poprzedniego ubezpieczenia, obowiązujące OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń, zmienione zapisy OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń.

Ponadto:

- zakres ubezpieczenia nie obejmuje chorób, które rozpoznano oraz operacji, które wykonano przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz dodatkowo nie obejmuje innych zdarzeń ubezpieczeniowych pozostających w związku przyczynowo-skutkowym, zgodnie z tabelą zdefiniowaną w § 5 ust. 2,
- Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
4. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 1 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej będzie zredukowana o chorobę lub leczenie operacyjne, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie oraz o choroby i leczenia operacyjne pozostające w związku przyczynowo-skutkowym zgodnie z tabelą zdefiniowaną w § 5 ust. 2.
 5. W przypadku przeszskórnej interwencji wieńcowej Towarzystwo obejmuje odpowiedzialnością tylko pierwszy zabieg i wypłata będzie dokonana tylko za jedną z inwazyjnych metod leczenia Ubezpieczonego. Późniejsze, kolejne zabiegi z użyciem tych metod nie będą upoważniały do kolejnych Świadczeń z tego tytułu. Wypłata Świadczenia pomniejszy odpowiednio sumę ubezpieczenia Ubezpieczonego w zakresie chorób tętnic wieńcowych wymagających zabiegu chirurgicznego i chorób, które są związane z przeszskórną interwencją wieńcową, zgodnie z tabelą w § 5 ust. 2. Ubezpieczenie w zakresie wymienionych chorób będzie kontynuowane do wysokości zredukowanej sumy ubezpieczenia.
 6. W przypadku wypłaty Świadczenia w wysokości niższej niż 100% sumy ubezpieczenia zgodnie z § 6 ust. 1 w zakresie chorób pozostających w związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, z tytułu którego wypłacone zostało Świadczenie ubezpieczeniowe, ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana zgodnie z tabelą w § 5 ust. 2, jednak nie więcej niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia.
 7. W trakcie rozpatrywania zgłoszonego roszczenia Towarzystwo ma prawo do przeprowadzenia na swój koszt badania lekarskiego Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania się tym badaniom, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
 8. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę,
2. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych,
3. **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – wydzielony oddział szpitalny w rozumieniu powszechnie obowiązujących regulacji prawnych,
4. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów,
5. **Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływanie korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, zdrowiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
6. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne,
7. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, będącego Małżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy

dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych niniejszą Umową dodatkową,
4. Rehabilitacją,
5. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
6. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
7. pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
8. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
9. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
10. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
11. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
12. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
13. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

1. Świadczenie szpitalne
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby lub Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji:
 - i) jako Pacjent Stały co najmniej dobowe, gdy Hospitalizacja była wynikiem Uszkodzenia Ciała lub
 - ii) jako Pacjent Stały przez ponad 3 kolejne dni, gdy Hospitalizacja była wynikiem Choroby,
 - 2) Świadczenie szpitalne płatne jest od 1 dnia Hospitalizacji,
 - 3) Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby nie może przekroczyć 180 dni,
 - 4) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.

2. Świadczenie rekonwalescencyjne
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie rekonwalescencyjne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego Ubezpieczony pozostaje w sanatorium, ośrodku rehabilitacji lub na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po okresie Hospitalizacji celem rekonwalescencji,
 - 2) Świadczenie zostanie wypłacone za rekonwalescencję następującą po okresie trwającej nieprzerwanie co najmniej 14 dni Hospitalizacji, z tytułu której przyznane zostało przez Towarzystwo Świadczenie szpitalne,
 - 3) Świadczenie zostanie wypłacone za okres rekonwalescencji nie dłuższy niż czternaście dni.
3. Świadczenie za pobyt na OIOM/OIT
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego Ubezpieczony zostaje skierowany i przebywa na OIOM/

- OIT, wówczas jest uprawniony do dodatkowego Świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia,
 - 2) Świadczenie zostanie wypłacone za okres pobytu na OIOM/OIT nie dłuższy niż czternaście dni w trakcie jednej Hospitalizacji,
 - 3) Świadczenie zostanie wypłacone, o ile Hospitalizacja spełnia warunki wymienione w ust. 1 pkt 1).
4. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych,
2. **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – wydzielony oddział szpitalny w rozumieniu powszechnie obowiązujących regulacji prawnych,
3. **Pacjent Stały** – osoba podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów,
4. **Rehabilitacja** – usprawienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływanie korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, zdrowiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
5. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne,
6. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, będącego Małżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnienia do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karcencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleceniem lub okaleceniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu choroby,
4. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych niniejszą Umową dodatkową,
5. Rehabilitacją,
6. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
7. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
8. pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
9. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
10. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
11. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
12. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
13. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
14. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6


1. Świadczenie szpitalne
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały co najmniej dobowe.
 - 2) Świadczenie szpitalne płatne jest od 1 dnia Hospitalizacji,
 - 3) Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku nie może przekroczyć 180 dni,
 - 4) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.
2. Świadczenie rekonwalescencyjne
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie rekonwalescencyjne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, Ubezpieczony pozostaje w, sanatorium, ośrodka

- rehabilitacji lub na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po okresie Hospitalizacji celem rekonwalescencji,
- 2) Świadczenie zostanie wypłacone za rekonwalescencję następującą po okresie trwającej nieprzerwanie co najmniej 14 dni Hospitalizacji, z tytułu której przyznane zostało przez Towarzystwo Świadczenie szpitalne,
 - 3) Świadczenie zostanie wypłacone za okres rekonwalescencji nie dłuższy niż czternaście dni.
3. Świadczenie za pobyt na OIOM/OIT
- 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego Ubezpieczony zostaje skierowany i przebywa na OIOM/OIT, wówczas jest uprawniony do dodatkowego Świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia,

- 2) Świadczenie zostanie wypłacone za okres pobytu na OIOM/OIT nie dłuższy niż czternaście dni w trakcie jednej Hospitalizacji,
 - 3) Świadczenie zostanie wypłacone, o ile Hospitalizacja spełnia warunki wymienione w ust. 1 pkt 1).
4. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych,
2. **Nieszczęśliwy Wypadek w Pracy** – Nieszczęśliwy Wypadek, który wystąpił w czasie, w którym Ubezpieczony pozostawał w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy,
3. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów,
4. **Rehabilitacja** – usprawienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływanie korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostały trwałe ślady w sprawności fizycznej, zdrowiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
5. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne,
6. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpiezonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpiezonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna od dnia objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpiezonego, będącego Małżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleceniem lub okaleceniem na prośbę Ubezpiezonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpiezonego,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu choroby,
4. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych niniejszą Umową dodatkową,
5. Rehabilitacją,
6. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
7. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
8. pozostawianiem Ubezpiezonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
9. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
10. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
11. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpiezonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
12. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
13. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
14. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
15. nieprzestrzeganiem przez Ubezpiezonego przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy,
16. wykonywaniem pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały co najmniej dobie.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od 1 dnia Hospitalizacji.
3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy nie może przekroczyć 180 dni.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem w Pracy, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.

5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych,
2. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów,
3. **Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, zdrowiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
4. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakiegokolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne,
5. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego,
6. **Nieszczęśliwy Wypadek Komunikacyjny** – Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego podróżującego w charakterze kierowcy lub pasażera Pojazdem i/lub Środkiem transportu publicznego będącym w ruchu, w zakresie Umowy dodatkowej. Pod pojęciem Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest Uszkodzenie Ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd i/lub Środek transportu publicznego będący w ruchu,
7. **Pojazd** – pojazd z własnym napędem, posiadający silnik przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej do definicji Pojazdu włącza się także pojazdy szynowe,
8. **Środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, będącego Małżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnienia do ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu choroby,
4. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków Komunikacyjnych objętych niniejszą Umową dodatkową,
5. Rehabilitacją,
6. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
7. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
8. pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
9. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
10. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
11. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
12. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
13. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
14. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały co najmniej dobę.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od 1 dnia Hospitalizacji.
3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego nie może przekroczyć 180 dni.



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem Komunikacyjnym, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpiezonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę,
- Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych,
- Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów,
- Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływanie korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, zdrowiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
- Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentyoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne,
- Zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamienny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii,
- Udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - zawał tkanki mózgowej,
 - krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - zator materiałem pochodzenia pozaczasztkowego.Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,

- zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.
- Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
- przemijające niedokrwienie mózgu,
 - uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, będącego Małżonkiem, Partnerem, Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnienia do ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od daty wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

- samookaleceniem lub okaleceniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
- wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych niniejszą Umową dodatkową,
- Rehabilitacją,
- wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
- wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
- nadużywaniem alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, a także poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
- jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
- chorobą wywołaną przez wirus HIV,
- Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
- pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,

13. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Zawału mięśnia sercowego lub Udaru oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały przez ponad 3 kolejne dni.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od 1 dnia Hospitalizacji.

3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Zawału mięśnia sercowego lub Udaru nie może przekroczyć 180 dni.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji na Skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa

MetLife®



Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Lekowego

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Lekowego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Niniejsza Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego wyjątkowo w przypadku zawarcia umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu, poniższe określenie oznacza:

Świadczenie lekowe – Świadczenie wypłacane Ubezpieczonemu na zakup leków, przysługujące Ubezpieczonemu po Hospitalizacji.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpiezonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby, objęta odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wypłata Świadczeń § 5

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie lekowe w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Świadczenie zostanie wypłacone po Hospitalizacji, z tytułu której przyznane zostało przez Towarzystwo Świadczenie szpitalne z Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu.
3. W każdym Roku Ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie lekowe maksymalnie za trzy Hospitalizacje, które miały miejsce w tym okresie, objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu.
4. W celu ustalenia prawa Ubezpiezonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Handwritten signature of Łukasz Kalinowski in black ink.

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Handwritten signature of Piotr Sztrauch in black ink.

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę,
2. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych,
3. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów,
4. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień,
5. **Tabela Świadczeń** – tabela określająca rodzaj operacji i zabiegów chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia, stanowiąca załącznik do Umowy dodatkowej,
6. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest operacja lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Choroby, która została rozpoznana w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej lub na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleceniem lub okaleceniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych niniejszą Umową dodatkową,
4. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
5. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu, wszelkimi uszkodzeniami ciała powstałymi lub chorobami rozpoznanymi przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
7. pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
8. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
9. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
10. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
11. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
12. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
13. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

Świadczenie operacyjne

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu zgodnie z Tabelą Świadczeń, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby rozpoznanej lub Uszkodzenia Ciała powstałego po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały, i
 - c) Ubezpieczony został poddany operacji bądź zabiegowi chirurgicznemu określonym Umową dodatkową.
2. W przypadku uszkodzenia ciała polegającego na złamaniu kości świadczenie operacyjne związane ze złamaniem zostanie wypłacone także w przypadku zastosowania leczenia bez konieczności pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w charakterze Pacjenta Stałego.
3. Jeżeli w trakcie tej samej sesji operacyjnej wykonano więcej operacji niż jedną, części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym operacjom dodaje się, jednakże łączne Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia.
4. Łączne Świadczenie wypłacone za operacje, których konieczność przeprowadzenia wynika z tej samej przyczyny, tj. tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia.
5. Jeżeli Ubezpieczony przeszedł operację chirurgiczną niewyszczególnioną w Tabeli Świadczeń, Towarzystwo ustali wysokość Świadczenia, stosując wskaźnik procen-

towy operacji o najbardziej zbliżonym stopniu trudności spośród znajdujących się w Tabeli Świadczeń.

6. Jeżeli tak stanowi Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia, w przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny niż Towarzystwo zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek operacji, w okresie co najmniej 3 miesięcy przypadającym bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej i rezygnujących z tego ubezpieczenia wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa wymienione w § 5 pkt 6 nie ma zastosowania. W takim przypadku, jeśli operacja wystąpiła w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, a przyczyną tego zdarzenia było uszkodzenie ciała powstałe lub choroba rozpoznana przed datą objęcia ubezpieczeniem w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci łączne Świadczenie w wysokości niższego z następujących świadczeń:

- a) świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń albo
- b) świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej.

Postanowienia niniejszego punktu odnoszą się oddzielnie dla operacji na skutek nieszczęśliwego wypadku i operacji na skutek choroby.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem, że:

- ochrona w poprzednim zakładzie ubezpieczeń obejmująca zakresem umowę dodatkową na wypadek operacji zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
 - Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie ubezpieczenia na wypadek operacji przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia poprzedniego ubezpieczenia, obowiązujące OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń, zmienione zapisy OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń.
- Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
7. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do Umowy dodatkowej

Tabela Świadczeń

Operacje i zabiegi chirurgiczne	wysokość Świadczenia w % sumy ubezpieczenia
1. Jama brzuszna	
1) wycięcie jelita	70
2) wycięcie żołądka	70
3) zespolenie żołądkowo-jelitowe	60
4) usunięcie pęcherzyka żółciowego	70
5) otwarcie jamy brzusznej celem rozpoznania, leczenia lub usunięcia jednego lub kilku narządów, z wyjątkiem tu wymienionych	50
6) cesarskie cięcie	50, nie więcej niż 500 zł
Przeprowadzenie dwu lub więcej operacji chirurgicznych podczas tego samego otwarcia jamy brzusznej będzie uważane za jedną operację.	
2. Ropień	
1) nacięcie powierzchniowego ropnia, wrzodu lub czyraka – jednego lub kilku	5
2) wymagające hospitalizacji leczenie czyraka mnogiego (gromadnego) lub ropnia – jednego lub kilku	10
3. Amputacja	
1) palców rąk i nóg – każdy	10
2) ręki, przedramienia lub stopy do kostki	20
3) podudzia, ramienia lub uda	40
4) uda na wysokości biodra	70
4. Sutki	
1) doszczętne odjęcie jednego lub obu sutków – z usunięciem zawartości dołu pachowego	70
2) proste odjęcie jednego lub obu sutków	40
5. Klatka piersiowa	
1) pełna (całkowita) torakoplastyka	100
2) usunięcie płuca lub jego części	70
3) otwarcie klatki piersiowej celem rozpoznania lub leczenia zawartych tam organów, z wyłączeniem nakłucia	30
4) usunięcie ropy, z wyłączeniem nakłucia	10
5) sztuczna odma opłucnowa	10
6) bronchoskopia:	
a) diagnostyczna	10
b) operacyjna, z wyłączeniem biopsji	20
6. Ucho	
1) przecięcie błony bębenkowej	5
2) wydlutowanie wyrostka sutkowatego:	
a) doszczętne, jednostronne	50
b) doszczętne obustronne	60
3) wytworzenie otworu w ścianie błędnika jednostronne lub obustronne	100
7. Przełyk	
1) operacja zwężenia	40
2) operacja zwężenia z użyciem gastrokopu	10
8. Oko	
1) odwarstwienie siatkówki – wielokrotne łączenie	100
2) zaćma	50
3) usunięcie gałki ocznej	30
4) jaskra	30
5) usunięcie skrzydlika	30
6) nacięcie jęczmyka lub gradówki	5
9. Złamania	
1) leczenie złamania prostego:	
a) obojczyka, obręczy barkowej lub przedramienia – jedna kość	15
b) kości guzicznej, kości stępu, kości śródstopia, kości piętowej	10
c) uda	40
d) ramienia lub podudzia	25

e) palców rąk lub nóg – każdy – lub żebra	5
f) przedramienia – dwie kości, rzepki lub miednicy, niewymagające stosowania wyciągu	20
g) podudzia – dwie kości	30
h) kostki przyśrodkowej	15
i) kostki bocznej	10
j) żuchwy	20
k) nadgarstka, śródreżca, nosa, żeber – dwa lub więcej – lub mostka	10
l) miednicy – wymagające wyciągu	30
m) kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy	5
n) kręgu – złamanie kompresyjne – jedno lub więcej	40
o) nasady dalszej przedramienia	10
p) panewki stawu biodrowego	50
2) leczenie złamania otwartego:	
a) dla złamań otwartych powyższe współczynniki zwiększają się o połowę	
b) dla złamań wymagających leczenia operacyjnego, w tym przeszczepów kostnych lub zespolen kostnych, powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu, lecz nie mogą przekroczyć	100
10. Układ moczowo-płciowy	
1) usunięcie nerki	70
2) umocowanie nerki	70
3) usunięcie guzów lub kamieni w nerce, moczowodzie lub pęcherzu moczowym:	
a) operacyjnie	60
b) przez przyżeganie lub zabiegi endoskopowe	20
4) zwężenie cewki moczowej:	
a) leczenie operacyjne	30
b) zabieg przezcewkowy	15
5) prostata:	
a) całkowite usunięcie operacyjne	70
b) częściowe usunięcie:	
– drogą endoskopową	25
– inną drogą operacyjną	50
6) usunięcie jądra lub najądrza	25
7) wodniak jądra lub żyłki powrózka nasiennego	10
8) usunięcie guzów włóknistych bez dostępu brzuszego	20
11. Wole tarczycy	
1) usunięcie tarczycy z uwzględnieniem wszystkich rodzajów zabiegów operacyjnych	70
12. Przepuklina	
1) leczenie wstrzyknięciami – pełny cykl:	
a) przepuklina jednostronna	20
b) przepuklina obustronna	25
2) operacja doszczętna, z uwzględnieniem leczenia wstrzyknięciami:	
a) przepuklina jednostronna	40
b) przepuklina obustronna	50
13. Stawy i zwichnięcia	
1) nacięcie (otwarcie) stawu na skutek choroby lub zaburzenia, oprócz tu wymienionych przypadków i z wyjątkiem nakłucia	15
2) nacięcie (otwarcie) stawu barkowego, łokciowego, biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem nakłucia	35
3) wycięcie, umocowanie operacyjne, wyluszczenie w stawie lub plastyka:	
a) stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	75
b) stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	40
4) leczenie zwichnięcia:	
a) palców rąk i nóg – każdy	5
b) stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	15
c) żuchwy	5

d) stawu biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem rzepek	20
e) rzepek	5
f) kręgosłupa	25
dla zwichnięcia wymagającego leczenia operacyjnego powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu.	
5) wymagające hospitalizacji leczenie skręcenia:	
a) kręgosłupa szyjnego	5
b) kręgosłupa piersiowego	5
c) kręgosłupa lędźwiowego	10
14. Nos	
1) wewnątrznosowa operacja zatok	15
2) zewnątrznosowa operacja zatok	35
3) usunięcie jednego lub kilku polipów	5
4) usunięcie odśluzówkowe	25
5) usunięcie małżowiny nosowej	10
15. Leczenie operacyjne tkanek miękkich (mięśnie, ścięgna, nerwy)	
1) mięśnie:	
a) czworogłowy uda	20
b) dwugłowy ramienia, brzusiec	10
c) dwugłowy ramienia, ścięgna	15
2) ścięgna:	
a) Achillesa	15
b) palców rąk, zginacze	po 10
c) palców rąk, prostowniki	po 5
3) nerwy i naczynia:	
a) nerwy przedramienia, każdy	15
b) tętnice przedramienia, każda	15
16. Paracenteza	
1) nakłucia:	
a) brzucha	10
b) klatki piersiowej lub pęcherza moczowego, z wyłączeniem cewnikowania	5
c) błony bębenkowej, wodniaka, stawu lub kręgosłupa	5

17. Odbytica	
1) doszczętne wycięcie z powodu nowotworu złośliwego – wszystkie rodzaje, włączając przetokę okrężniczą	100
2) żylaki odbytu – tylko zewnętrzne, pełny zabieg	10
3) żylaki odbytu wewnętrzne lub wewnętrzne i zewnętrzne, z uwzględnieniem wypadania odbytnicy – wycięcie lub pełny cykl leczenia wstrzyknięciami	20
4) przetoka odbytu	15
5) szczelina odbytu	5
6) inne operacje odbytnicy	20
18. Czaszka	
1) otwarcie jamy czaszki, z wyłączeniem trepanacji i nakłucia	100
2) usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie	30
19. Gardło	
1) usunięcie migdałków lub migdałków i grudek chłonnych:	
a) dorośli i dzieci od 15. roku życia	15
b) dzieci poniżej 15. roku życia	10
2) laryngoskopia w celach diagnostycznych	5
20. Guzy	
1) usunięcie chirurgiczne guzów złośliwych, z wyłączeniem guzów błony śluzowej, skóry i tkanki podskórnej	50
2) usunięcie guzów złośliwych błony śluzowej, skóry i tkanki podskórnej	25
3) leczenie operacyjne torbieli lub zatoki włosowatej	25
4) usunięcie guzów łagodnych, jądra lub sutka	20
5) usunięcie ganglionu	5
6) usunięcie guzów łagodnych – jednego lub kilku – z wyłączeniem wymienionych powyżej	10
21. Żyły	
1) żylaki – całkowity zabieg operacyjny lub leczenie wstrzyknięciami na wszystkich żyłach:	
a) jedna noga	20
b) dwie nogi	30

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku


 Łukasz Kalinowski
 Prezes Zarządu Towarzystwa


 Piotr Sztrauch
 Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę,
2. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych,
3. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów,
4. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień,
5. **Tabela Świadczeń** – tabela określająca rodzaj operacji i zabiegów chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia, stanowiąca załącznik do Umowy dodatkowej,
6. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest operacja lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu Choroby,
4. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową dodatkową,
5. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
6. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
7. wszelkimi uszkodzeniami ciała powstałymi przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
8. pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
9. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
10. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
11. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
12. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
13. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
14. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich Licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

Świadczenie operacyjne

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu zgodnie z Tabelą Świadczeń, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała, które powstało po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały, i
 - c) Ubezpieczony został poddany operacji bądź zabiegowi chirurgicznemu określonej Umową dodatkową.
2. W przypadku Uszkodzenia Ciała polegającego na złamaniu kości świadczenie operacyjne związane ze złamaniem zostanie wypłacone także w przypadku zastosowania leczenia bez konieczności pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w charakterze Pacjenta Stałego.
3. Jeżeli w trakcie tej samej sesji operacyjnej wykonano więcej operacji niż jedną, części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym operacjom dodaje się, jednakże łączne Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia.
4. Łączne Świadczenie wypłacone za operacje, których konieczność przeprowadzenia wynika z tej samej przyczyny, tj. tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia.
5. Jeżeli Ubezpieczony przeszedł operację chirurgiczną niewyszczególnioną w Tabeli Świadczeń, Towarzystwo ustali wysokość Świadczenia, stosując wskaźnik procentowy

towy operacji o najbardziej zbliżonym stopniu trudności spośród znajdujących się w Tabeli Świadczeń.

6. Jeżeli tak stanowi Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia, w przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny niż Towarzystwo zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek operacji na skutek nieszczęśliwego wypadku, w okresie co najmniej 3 miesięcy przypadającym bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, i rezygnujących z tego ubezpieczenia wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa wymienione w § 5 pkt 7 nie ma zastosowania. W takim przypadku, jeśli operacja wystąpiła w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, a przyczyną tego zdarzenia było uszkodzenie ciała powstałe przed datą objęcia ubezpieczeniem w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci łączne Świadczenie w wysokości niższego z następujących świadczeń:
- świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń albo
 - świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej.
- Powyższe postanowienia mają zastosowanie dla operacji na skutek nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że:
- ochrona w poprzednim zakładzie ubezpieczeń obejmująca zakresem umowę dodatkową na wypadek operacji na skutek nieszczęśliwego wypadku zakoń-

czyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,

- Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie ubezpieczenia na wypadek operacji na skutek nieszczęśliwego wypadku przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę rezygnacji z poprzedniego ubezpieczenia, obowiązujące OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń, zmienione zapisy OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń.
- Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
7. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do Umowy dodatkowej

Tabela Świadczeń

Operacje i zabiegi chirurgiczne	wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
1. Jama brzuszna	
1) wycięcie jelita	70
2) wycięcie żołądka	70
3) zespolenie żołądkowo-jelitowe	60
4) otwarcie jamy brzusznej celem rozpoznania, leczenia lub usunięcia jednego lub kilku narządów, z wyjątkiem tu wymienionych	50
Przeprowadzenie dwu lub więcej operacji chirurgicznych podczas tego samego otwarcia jamy brzusznej będzie uważane za jedną operację.	
2. Ropień	
1) nacięcie powierzchownego ropnia, wrzodu lub czyraka – jednego lub kilku	5
3. Amputacja	
1) palców rąk i nóg – każdy	10
2) ręki, przedramienia lub stopy do kostki	20
3) podudzia, ramienia lub uda	40
4) uda na wysokości biodra	70
4. Klatka piersiowa	
1) pełna (całkowita) torakoplastyka	100
2) usunięcie płuca lub jego części	70
3) otwarcie klatki piersiowej celem rozpoznania lub leczenia zawartych tam organów oprócz nakłucia	30
4) usunięcie ropy z wyjątkiem nakłucia	10
5) sztuczna odma opłucnowa	10
5. Przełyk	
1) operacja zwężenia	40
6. Oko	
1) odwarstwienie siatkówki – wielokrotne łączenie	100
2) zaćma	50
3) usunięcie gałki ocznej	30
7. Układ moczowo-płciowy	
1) usunięcie nerki	70
8. Stawy i zwichnięcia	
1) nacięcie (otwarcie) stawu na skutek choroby lub zaburzenia, oprócz tu wymienionych przypadków, z wyjątkiem nakłucia	15
2) nacięcie (otwarcie) stawu barkowego, łokciowego, biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem nakłucia	35
3) wycięcie, umocowanie operacyjne, wyłuszczenie w stawie lub plastyka:	
a) stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	75
b) stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	40
4) leczenie zwichnięcia:	
a) palców rąk i nóg – każdy	5
b) stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	15
c) żuchwy	5
d) stawu biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem rzepki	20
e) rzepki	5
f) kręgosłupa	25
Dla zwichnięcia wymagającego leczenia operacyjnego powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu.	

5) wymagające hospitalizacji leczenie skręcenia:	
a) kręgosłupa szyjnego	5
b) kręgosłupa piersiowego	5
c) kręgosłupa lędźwiowego	10
9. Leczenie operacyjne tkanek miękkich (mięśnie, ścięgna, nerwy)	
1) mięśnie:	
a) czworogłowy uda	20
b) dwugłowy ramienia, brzusiec	10
c) dwugłowy ramienia, ścięgna	15
2) ścięgna:	
a) Achillesa	15
b) palców rąk, zginacze	po 10
c) palców rąk, prostowniki	po 5
3) nerwy i naczynia:	
a) nerwy przedramienia, każdy	15
b) tętnice przedramienia, każda	15
10. Paracenteza	
1) nakłucia:	
a) brzucha	10
b) klatki piersiowej lub pęcherza moczowego, z wyłączeniem cewnikowania	5
c) błony bębenkowej, wodniaka, stawu lub kręgosłupa	5
11. Czaszka	
1) otwarcie jamy czaszki, z wyłączeniem trepanacji i nakłucia	100
2) usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie	30
12. Złamania	
1) leczenie złamania prostego:	
a) obojczyka, obręczy barkowej lub przedramienia – jedna kość	15
b) kości guzicznej, kości stępu, kości śródstopia, kości piętowej	10
c) uda	40
d) ramienia lub podudzia	25
e) palców rąk lub nóg – każdy – lub żebra	5
f) przedramienia – dwie kości, rzepki lub miednicy, niewymagające stosowania wyciągu	20
g) podudzia – dwie kości	30
h) kostki przyśrodkowej	15
i) kostki bocznej	10
j) żuchwy	20
k) nadgarstka, śródreżca, nosa, żeber – dwa lub więcej – lub mostka	10
l) miednicy – wymagające wyciągu	30
m) kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy	5
n) kręgu – złamanie kompresyjne – jedno lub więcej	40
o) nasady dalszej przedramienia	10
2) leczenie złamania otwartego:	
a) dla złamań otwartych powyższe współczynniki zwiększają się o połowę	
b) dla złamań wymagających leczenia operacyjnego, w tym przeszczepów kostnych lub zespołów kostnych, powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu, lecz nie mogą przekroczyć	100

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku


 Łukasz Kalinowski
 Prezes Zarządu Towarzystwa


 Piotr Sztrauch
 Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka lub Partnera

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka lub Partnera (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Małżonka lub Partnera.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Małżonek lub Partner ukończył 70 rok życia.

Wypłata Świadczeń

§ 5

W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Małżonka lub Partnera na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Małżonka lub Partnera na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Małżonka lub Partnera na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Małżonek lub Partner ukończył 70 rok życia.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Małżonka lub Partnera powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Małżonka lub Partnera lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Małżonka lub Partnera,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Małżonka lub Partnera, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Małżonka lub Partnera w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zazywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka lub Partnera, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) Małżonek lub Partner odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - 2) śmierć Małżonka lub Partnera nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Małżonka lub Partnera były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Uszczerbek na Zdrowiu** – trwała fizyczna strata funkcji narządu, układu lub kończyny, lub złamanie niepowodujące trwałej straty funkcji kończyny,
2. **Złamanie** – medycznie stwierdzone przerwanie ciągłości tkanki kostnej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka lub Partnera na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Małżonka lub Partnera powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Małżonka lub Partnera lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Małżonka lub Partnera,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Małżonka lub Partnera, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Małżonka lub Partnera w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Małżonek lub Partner odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka lub Partnera zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera były wymienione wyżej obrażenia ciała.
2. Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Wysokość Świadczenia zostanie ustalona na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”, stanowiącej integralną część niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Wypłata Świadczenia z tytułu Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości Świadczenia § 7

1. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów, układów lub kończyn lub złamania części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narzodom lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia.
2. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Małżonka lub Partnera ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, części sumy ubezpieczenia zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.
3. Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji i potwierdzeniu Uszczerbku na Zdrowiu.
4. Jeśli po potwierdzeniu przez Towarzystwo Uszczerbku na Zdrowiu zgodnie z § 6 ust. 1 Małżonek lub Partner jest nadal objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wówczas przy następnym zdarzeniu ubezpieczeniowym części sumy ubezpieczenia określone w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed tym zdarzeniem.

5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Mażonka lub Partnera przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia Uszczerbku na Zdrowiu.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Małżonka lub Partnera

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Małżonka lub Partnera (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego w jednym z trzech dostępnych Wariantów:

Wariant I albo
Wariant II, albo

Wariant III,

przy czym Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa Wariant Umowy dodatkowej obowiązujący dla danej Umowy Ubezpieczenia.

Postanowienia niniejszych Warunków odnoszące się do zdarzeń wymienionych w § 2 nieobjętych zakresem ubezpieczenia w ramach Wariantu obowiązującego dla danej Umowy Ubezpieczenia nie mają zastosowania.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- rak** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe, potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym),
- zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamieny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii,
- choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego** – przebyte, w następstwie objawów duszniczo-bolesnej, operacji z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej za pomocą przeszczepów omijających (by-pass), z wyłączeniem przeszkońnej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych,
- udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwałe i nieodwracalne ubytki neurologiczne, w tym:
 - zawał tkanki mózgowej,
 - krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - zator materiałem pochodzenia pozaczaszkiowego.Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
 - zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- przemijające niedokrwienie mózgu,

- uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem,
- niewydolność nerek** – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu z nich, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek lub przebyciem przeszczepu nerki,
 - przeszczepienie narządów** – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące przeszczepienie następujących (jednego lub kilku) narządów pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego,
 - utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby, której rozpoznanie potwierdzą klinicznie lekarz okulista i lekarz powołany przez Towarzystwo,
 - śpiączka** – stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (albo potrzeby fizjologiczne) utrzymujący się nieprzerwanie co najmniej przez 96 godzin i skutkujący trwałymi, nieodwracalnymi ubytkami (deficytami) neurologicznymi. Koniecznym wymogiem jest użycie systemów podtrzymujących życie,
 - poważne oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia będące wynikiem wypadku, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regulą dziewiątek” mapy powierzchni ciała,
 - utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Uraz lub choroba strun głosowych musi być potwierdzona przez specjalistę laryngologa w dokumentacji medycznej. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiałe mówionego języka,
 - stwardnienie rozsiane** – przewlekła, postępująca choroba centralnego układu nerwowego, charakteryzująca się powstawaniem rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu i rdzeniu przedłużonym oraz występowaniem trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie choroby musi spełniać jednocześnie wszystkie poniżej wymienione warunki:
 - jednoznaczna diagnoza postawiona przez specjalistę neurologa na podstawie obowiązujących kryteriów klinicznych i potwierdzona uwidocznieniem co najmniej dwóch ognisk demielinizacyjnych ośrodkowego układu nerwowego w badaniach obrazowych,
 - stan kliniczny chorego odpowiada co najmniej 3 stopniowi Rozszerzonej Skali Niewydolności Ruchowej Kurtzkiego (EDSS),
 - medyczna dokumentacja potwierdza wystąpienie co najmniej jednego rzutu choroby, tj. zaostrzenia i remisji stwierdzonych ubytków neurologicznych,
 - operacja zastawek serca** – przebyta operacja na otwartym sercu w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawek serca. Rozpoznanie nieprawidłowości (wad) zastawek musi być potwierdzone cewnikowaniem serca lub echokardiogramem. Wskazania do operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę kardiologa,
 - utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub wypadku. Dokumentacja medyczna powinna być poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) oraz badaniem audiometrii tonalnej i progno słyszenia,
 - paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów,
 - utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczesną utratę obu dłoni lub obu stóp oraz jednoczesną utratę jednej dłoni i jednej stopy,

16. **łagodny guz mózgu** – łagodny guz mózgu charakteryzujący się wszystkimi poniższymi cechami:
- występowanie zagrożenia życia,
 - spowodowanie uszkodzenia mózgu,
 - guz został usunięty chirurgicznie lub w przypadku nieoperacyjności spowodował trwałe deficyty neurologiczne,
 - występowanie guza zostało potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga w oparciu o wyniki magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych wiarygodnych badań obrazowych.
- Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
- torbiele,
 - ziarniniaki,
 - malformacje naczyniowe,
 - krwiaki,
 - guzy przysadki mózgowej oraz rdzenia kręgowego,
17. **operacja aorty** – przebieg zabiegu operacyjnego z powodu choroby aorty, polegającego na wycięciu i zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty przez przeszczep. Pod pojęciem aorty rozumie się aortę piersiową i brzuszna bez odgałęzień,
18. **dystrofia mięśniowa** – wystąpienie postępującej dystrofii mięśniowej przy spełnieniu następujących warunków:
- choroba sklasyfikowana jest jako dystrofia mięśniowa Duchenne'a, Beckera, kończynowo-obrzękowa, miotoniczna, dystrofia twarzowo-topatkowo-ramienna, oczno-gardłowa i
 - stwierdza się występowanie trwałego ubytku neurologicznego, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania przynajmniej dwóch czynności życia codziennego,
19. **inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca** – zwężenie światła co najmniej trzech tętnic o co najmniej 60%, potwierdzone badaniem koronarograficznym, niezależnie od faktu przeprowadzenia jakiegokolwiek leczenia zabiegowego tętnic wieńcowych,
20. **piorunujące wirusowe zapalenie wątroby** – wystąpienie rozległej martwicy wątroby spowodowanej wirusem zapalenia wątroby prowadzące do gwałtownego jej uszkodzenia, przy spełnieniu następujących kryteriów:
- martwica obejmująca całe zraziki,
 - nagle zmniejszenie się rozmiaru wątroby,
 - nagle pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby,
 - narastająca żółtaczka,
21. **pierwotne nadciśnienie płucne** – pierwotne nadciśnienie w tętnicach płucnych stwierdzone przy spełnieniu następujących kryteriów:
- znaczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej i
 - potwierdzone niewydolność prawokomorowa serca,
22. **choroba nieuleczalna** – ostateczne rozpoznanie choroby, która według wiedzy medycznej zakończy się zgonem w ciągu najbliższych 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być poparte opinią specjalisty i potwierdzone przez lekarza Towarzystwa. Wykluczona jest choroba nieuleczalna spowodowana infekcją wirusem HIV,
23. **schyłkowa niewydolność płuc** – schyłkowa niewydolność płuc spowodowana przez przewlekłe choroby układu oddechowego. Diagnoza musi być potwierdzona wynikami badań wykazującymi spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- wynik FEV1, który jest mniejszy niż 1 litr,
 - konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
 - wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie tlenu mniejsze niż 55 mm Hg (PaO₂ równe lub mniejsze niż 55 mm Hg),
 - występowanie duszności spoczynkowej.
- Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza pulmonologa,
24. **choroba neuronu ruchowego** – wystąpienie stwardnienia zanikowego bocznego lub pierwotnego stwardnienia bocznego połączonego z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch czynności życia codziennego,
25. **choroba Parkinsona** – wystąpienie choroby Parkinsona połączone z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch czynności życia codziennego,
26. **niedokrwistość aplastyczna** – przewlekłe utrwalone uszkodzenie szpiku kostnego, które powoduje niedokrwistość (spadek liczby krwinek czerwonych), spadek liczby krwinek białych i płytek krwi, wymagające leczenia przy użyciu jednej z następujących metod:
- przetoczenia produktów krwiopochodnych,
 - czynników stymulujących szpik kostny,
 - immunosupresji,
 - przeszczepu szpiku kostnego,
27. **przeżyłowa interwencja wieńcowa (PCI)** – procedura terapeutyczna choroby niedokrwiennej serca, polegająca na likwidacji (lub próbie likwidacji) zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przeszskornym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów wprowadzanych do naczynia,
28. **zapalenie mózgu** – ciężkie zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) skutkujące istotnymi, poważnymi, trwałymi i nieodwracalnymi ubytkami neurologicznymi potwierdzonymi przez konsultanta neurologa. Trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny musi być udokumentowany przez co najmniej 4 tygodnie,
29. **poważny uraz głowy** – uraz głowy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, skutkujący trwałym i nieodwracalnym ubytkiem neurologicznym stwierdzonym nie wcześniej niż 6 tygodni od daty wypadku. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez konsultanta neurologa i poparte jednoznaczными wynikami tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub innymi wiarygodnymi badaniami obrazowymi. Wypadek musi być spowodowany wyłącznie i bezpośrednio przez przypadkowe, gwałtowne, zewnętrzne i widoczne czynniki i niezależny od wszelkich innych przyczyn. Wykluczone są urazy rdzenia kręgowego i urazy głowy z powodu jakichkolwiek innych przyczyn,
30. **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – infekcja bakteryjna skutkująca ciężkim zapaleniem opon mózgu lub rdzenia kręgowego, której wynikiem jest istotny, nieodwracalny i trwały ubytek neurologiczny. Ubytek neurologiczny musi utrzymać się przez co najmniej 6 tygodni. Powyższe rozpoznanie musi być potwierdzone przez:
- obecność bakterii w płynie mózgowo-rdzeniowym, uzyskanym po nakłuciu lędźwiowym i
 - konsultanta neurologa.
- Wykluczone jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych spowodowane infekcją wirusem HIV,
31. **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – potwierdzona przez konsultanta medycznego utrata zdolności do samodzielnej egzystencji skutkująca całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego nieprzerwanie przez okres sześciu miesięcy i która jest uznana za trwałą po zakończeniu tego okresu, to znaczy nie rokuję nadziei na wyleczenie na podstawie aktualnej nauki i wiedzy medycznej,
32. **toczeń rumieniowaty układu z toczniowym zapaleniem nerek** – wieloukładowa i wieloczynnikowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się rozwojem auto-przeciwciał skierowanych przeciwko własnej tkance nerkowej. W ramach niniejszej Umowy dodatkowej toczń rumieniowaty układu będzie ograniczony do postaci dotyczących nerek (klasy III-V toczniowego zapalenia nerek, ustalone w oparciu o biopsję nerkową, zgodnie z klasyfikacją WHO). Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę reumatologa, immunologa lub nefrologa.
- Klasyfikacja WHO toczniowego kłębkowego zapalenia nerek:
- Klasa I. Obraz prawidłowy lub zmiany minimalne,
- Klasa II. Zmiany ograniczone do mezangium,
- Klasa III. Ogniskowe, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych,
- Klasa IV. Rozlane, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych,
- Klasa V. Błoniaste zapalenie kłębuszków nerkowych
- Klasa VI. Postępujące zapalenie kłębuszków ze stwardnieniem,
33. **zespół apaliczny** – uogólniona trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej bez uszkodzenia pnia mózgu. Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez konsultanta neurologa. Stan ten musi trwać co najmniej jeden miesiąc w oparciu o dokumentację medyczną,
34. **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typ B lub C trwające ponad 6 miesięcy i potwierdzone dodatnim wynikiem HBV (lub HCV) RNA PCR oraz cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby w badaniu biopsyjnym wątroby,
35. **choroba Leśniowskiego-Crohna** – jednoznaczne rozpoznanie w okresie ochrony i potwierdzenie histopatologiczne przewlekłego, nieswoistego zapalenia jelita ze skłonnością do zainflanowania. Do uznania Świadczenia konieczne jest potwierdzenie przedziurawienia jelita, przetoki lub niedrożności jelitowej, lub innej przyczyny leczenia operacyjnego,
36. **choroba Alzheimera** – rozpoznanie u Ubezpieczonego choroby Alzheimera lub trwałego otępienia innego rodzaju – przewlekłej, postępującej choroby organicznej ośrodkowego układu nerwowego z istotnym deficytem sprawności intelektualnej, z upośledzeniem pamięci, funkcji poznawczych, z zaburzeniami osobowości, nastroju, osądu i myślenia abstrakcyjnego, z koniecznością stałej opieki lub nadzoru nad Ubezpieczonym.
- Zakres ochrony nie obejmuje demencji wtórnej od nadużywania alkoholu lub leków, AIDS,
37. **przewlekła niewydolność wątroby** – schyłkowa niewydolność wątroby z występowaniem klinicznych objawów przewlekłej niewydolności miąższu wątroby występujących łącznie:
- utrwaloną żółtaczką,
 - wodobrzuszem,
 - encefalopatią wątrobową.
- Ochrona nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu lub zatrucia lekami, środkami chemicznymi,
38. **wrzdziejące zapalenie jelita grubego** – rozpoznanie po raz pierwszy w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej wrzdziejącego zapalenia jelita grubego potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego i leczone operacyjnie,
39. **zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi** – powikłanie przetoczenia krwi wykonanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby niechorującej na hemofilię, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją medyczną,
40. **zakażenie HIV w wyniku narażenia zawodowego** – zakażenie HIV w następstwie wykonywania obowiązków zawodowych potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją medyczną,
41. **sepsa** – uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i niewydolnością wielonarządową. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone jednoznacznie w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego,
42. **tężec** – leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznego rozpoznania postaci uogólnionej ostrej choroby zakaźnej, wywołanej przez neurotoksynę produkowaną przez laseczki tężca (Clostridium tetani),
43. **wścieklizna** – leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznego rozpoznania ostrej choroby zakaźnej, wywołanej przez wirus wścieklizny (Rabies virus),
44. **borelioza** – leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznie rozpoznanej krętkowicy (Borrelija burgdorferi) przenoszonej przez kleszcze przebiegającej z różnorodnymi objawami narządowymi, oraz potwierdzonej swoistymi badaniami immunologicznymi,

45. **choroba Creutzfeldta-Jacoba** – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jacoba, charakteryzującej się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, skutkującej trwałym ubytkiem neurologicznym uniemożliwiającym wykonanie co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego,
46. **gruźlica** – leczenie przeciwprątkowe z powodu potwierdzonej bakteriologicznie lub histologicznie choroby drgawkę wywołanej prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem płuc lub innych narządów,
47. **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – leczenie operacyjne w trybie pilnym z powodu masywnego zatoru tętnicy płucnej potwierdzonego jednoznacznie w dokumentacji medycznej,
48. **AIDS** – Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) jest używany w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczenia, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV,
49. **czynności życia codziennego** –
 Poruszanie się (mobilność) – zdolność do samodzielnego poruszania się na jednym poziomie, kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania na krześle i zsiadania z krzesła, bez fizycznej pomocy innej osoby,
 Kontrola zwieraczy – świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu umożliwiająca zachowanie higieny osobistej,
 Ubieranie – samodzielne ubieranie i rozbieranie się,
 Korzystanie z toalety – zdolność do udania się i powrotu z toalety, zdolność do skorzystania z toalety i utrzymania związanej z tym higieny,
 Jedzenie – samodzielne spożywanie przygotowanego posiłku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest:

- w Wariancie I: rozpoznanie u Małżonka lub Partnera choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1-2, 4-5, 7-11, 13-16 lub przebycie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17,
- w Wariancie II: rozpoznanie u Małżonka lub Partnera choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1-2, 4-5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-33 lub przebycie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17 i 27,
- w Wariancie III: rozpoznanie u Małżonka lub Partnera choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1-2, 4-5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-46 lub przebycie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17, 27 i 47.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.
- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Małżonka lub Partnera lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Małżonka lub Partnera,
 - usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Małżonka lub Partnera, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - nadużywania alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - AIDS (wyłączenie nie ma zastosowania dla zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 2 pkt 39 i 40),
 - radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
 - działania trucizny, trujących gazów lub oparów,
 - nieszczęśliwego wypadku Małżonka lub Partnera, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
 - choroby, w przypadku której Małżonek lub Partner otrzymał diagnozę lub zalecenie przeprowadzenia leczenia operacyjnego lub podlegał leczeniu, lub podlegał medycznej kontroli, lub był w trakcie badań diagnostycznych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- Małżonek lub Partner, u którego dokonano rozpoznania jednej z chorób wymienionych w § 2 punkty 1-2, 4-5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-46 lub dokonano lub zalecono dokonanie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17, 27 lub 47 przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, zostanie objęty ubezpieczeniem na podstawie Umowy dodatkowej z poniższymi wyłączeniami:

Punkt z § 2	Zdarzenie zaistniałe przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej	Wyłączenie ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z definicjami zawartymi w § 2
1	Rak	1, 6, 16, 22
2	Zawał mięśnia sercowego	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
3	Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
4	Udar	2-4, 6, 8, 10, 12, 16-17, 19, 22, 27, 31
5	Niewydolność nerek	5-6
6	Przeszczepienie narządu	1, 5-6, 8, 22, 31
7	Utrata wzroku	7, 16
8	Śpiączka	4, 7-8, 10, 16, 22, 31
9	Poważne oparzenie	9
10	Utrata mowy	4, 8, 10, 16
11	Stwardnienie rozsiane	7-8, 11, 22, 31
12	Operacja zastawek serca	2-4, 6, 8, 12, 17, 19, 27
13	Utrata słuchu	13
14	Paraliż	14, 22, 31
15	Utrata kończyn	15
16	Łagodny guz mózgu	1, 4, 7-8, 10, 16
17	Operacja aorty	2-4, 12, 17, 19, 27
18	Dystrofia mięśniowa	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
19	Inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
20	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	6, 20, 22, 31
21	Pierwotne nadciśnienie płucne	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
22	Choroba nieuleczalna	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
23	Schyłkowa niewydolność płuc	6, 21-23, 31
24	Choroba neuronu ruchowego	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
25	Choroba Parkinsona	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
26	Niedokrwistość aplastyczna	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
27	Przesekająca interwencja wieńcowa (PCI)	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
28	Zapalenie mózgu	8, 14, 22, 28, 30-31
29	Poważny uraz głowy	4, 7-8, 10, 13-14, 22, 24, 29, 31
30	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	8, 14, 22, 28, 30-31
31	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
32	Toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
33	Zespół apaliczny	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
34	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby	6, 8, 20, 34, 37
35	Choroba Leśniowskiego-Crohna	35, 38
36	Choroba Alzheimera	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
37	Przewlekła niewydolność wątroby	6, 8, 34, 37
38	Wrzodzące zapalenie jelita grubego	35, 38
39	Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
40	Zakażenie HIV w wyniku narażenia zawodowego	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
41	Sepsa	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
42	Tężec	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
43	Wścieklizna	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
44	Borelioza	28, 30, 44-45
45	Choroba Creutzfeldta-Jacoba	1- 8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
46	Gruźlica	23, 41, 46
47	Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	4-5, 8, 10, 14, 23, 31, 47

Wypłata Świadczeń § 6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubez-

pieczenia, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia, z wyjątkiem groźnych chorób wymienionych poniżej, w przypadku których Świadczenie zostanie wypłacone w wysokości niższej niż 100% sumy ubezpieczenia zgodnie z poniższą tabelą:

Punkt z § 2	Groźna choroba	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
19	Inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca	50%
27	Przełskórna interwencja wieńcowa (PCI)	10%
34	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby	25%
35	Choroba Leśniowskiego-Crohna	50%
38	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	50%
44	Borelioza	50%
46	Gruźlica	50%
47	Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	50%

2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że Małżonek/Partner pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty:
 - 1) rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 1-2, 4-5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-46 lub
 - 2) zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17, 27 i 47.
3. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 1 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej

- będzie zredukowana o chorobę lub leczenie operacyjne, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie oraz o choroby i leczenia operacyjne pozostające w związku przyczynowo-skutkowym zgodnie z tabelą zdefiniowaną w § 5 ust. 2.
4. W przypadku przeszskórnej interwencji wieńcowej Towarzystwo obejmuje odpowiedzialnością tylko pierwszy zabieg i wypłata będzie dokonana tylko za jedną z inwazyjnych metod leczenia Małżonka lub Partnera. Późniejsze, kolejne zabiegi z użyciem tych metod nie będą upoważniały do kolejnych Świadczeń z tego tytułu. Wypłata Świadczenia pomniejszy odpowiednio sumę ubezpieczenia na wypadek groźnej choroby Małżonka lub Partnera w zakresie chorób tętnic wieńcowych wymagających zabiegu chirurgicznego i chorób, które są związane z przeszskórną interwencją wieńcową, zgodnie z tabelą w § 5 ust. 2. Ubezpieczenie w zakresie wymienionych chorób będzie kontynuowane do wysokości zredukowanej sumy ubezpieczenia.
 5. W przypadku wypłaty Świadczenia w wysokości niższej niż 100% sumy ubezpieczenia zgodnie z § 6 ust. 1 w zakresie chorób pozostających w związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, z tytułu którego wypłacone zostało Świadczenie ubezpieczeniowe, ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana zgodnie z tabelą w § 5 ust. 2, jednak nie więcej niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia.
 6. W trakcie rozpatrywania zgłoszonego roszczenia Towarzystwo ma prawo do przeprowadzenia na swój koszt badania lekarskiego Małżonka lub Partnera. Jeżeli Małżonek lub Partner odmówi poddania się tym badaniom, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
 7. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Małżonka lub Partnera w Szpitalu

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Małżonka lub Partnera w Szpitalu (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Małżonka lub Partnera, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę,
2. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych,
3. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów,
4. **Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływanie korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, zdrowiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
5. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne,
6. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Małżonka lub Partnera będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Małżonka lub Partnera na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleceniem lub okaleceniem na prośbę Małżonka lub Partnera lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Małżonka lub Partnera,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych niniejszą Umową dodatkową,
4. Rehabilitacją,
5. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
6. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
7. pozostawianiem Małżonka lub Partnera w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
8. jakkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
9. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
10. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Małżonka lub Partnera, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
11. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
12. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
13. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja Małżonka lub Partnera nastąpiła w wyniku Choroby lub Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Małżonek lub Partner podlegał Hospitalizacji:
 - i) jako Pacjent Stały co najmniej dobie, gdy Hospitalizacja była wynikiem Uszkodzenia Ciała lub
 - ii) jako Pacjent Stały przez ponad 3 kolejne dni, gdy Hospitalizacja była wynikiem Choroby.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od 1 (pierwszego) dnia Hospitalizacji.
3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby nie może przekroczyć 180 dni.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.

5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Małżonka lub Partnera w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Małżonka lub Partnera w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych,
2. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów,
3. **Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, zdrowiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
4. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne,
5. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Małżonka lub Partnera będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Małżonka lub Partnera na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnienia do ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleceniem lub okaleceniem na prośbę Małżonka lub Partnera lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Małżonka lub Partnera,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych niniejszą Umową dodatkową,
4. Rehabilitacją,
5. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
6. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
7. pozostawianiem Małżonka lub Partnera w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
8. jakkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
9. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
10. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Małżonka lub Partnera, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
11. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
12. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
13. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja Małżonka lub Partnera nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Małżonek lub Partner podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały co najmniej dobę.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od 1 dnia Hospitalizacji.
3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku nie może przekroczyć 180 dni.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.

5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Dziecka

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Dziecka (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia, lub bez względu na wiek w razie jego Niezdolności do pracy,
2. **Niezdolność do pracy** – całkowita i trwała niezdolność Dziecka do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej lub wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie stwierdzona na podstawie zaświadczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy, lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Dziecka Ubezpieczonego.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W stosunku do Ubezpieczonego obejmowanego ochroną ubezpieczeniową w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.

Wypłata Świadczeń § 5

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone pod warunkiem, że Dziecko urodziło się żywe.
2. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia, lub bez względu na wiek w razie jego Niezdolności do pracy,
2. **Niezdolność do pracy** – całkowita i trwała niezdolność Dziecka do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej lub wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie stwierdzona na podstawie zaświadczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy, lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Dziecka na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Dziecka powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Dziecka lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Dziecko, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Dziecko w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Życie Dziecka, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że
 - 1) Dziecko odniosło fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - 2) śmierć Dziecka nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Dziecka były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone pod warunkiem, że Dziecko urodziło się żywe.
3. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”):

1. mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie,
2. stosuje się osobno do każdego Dziecka Ubezpieczonego.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Całkowite i Trwałe Inwalidztwo** – pierwsze jedenaście przypadków inwalidztwa określonych w Tabeli Świadczeń,
2. **Częściowe i Trwałe Inwalidztwo** – fizyczna, nieodwracalna strata funkcji części ciała, narządu, układu lub kończyny,
3. **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia,
4. **Tabela Świadczeń** – tabela świadczeń określająca rodzaj inwalidztwa oraz odpowiadającą mu wysokość Świadczenia wyrażoną jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia, stanowiąca załącznik do Umowy dodatkowej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Całkowite i Trwałe Inwalidztwo lub Częściowe i Trwałe Inwalidztwo Dziecka na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Dziecka Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Dziecko, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,

5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Dziecko w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażytych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. Całkowite i Trwałe Inwalidztwo
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia zgodnie z Tabelą Świadczeń pod warunkiem, że:
 - a) Dziecko odniosło fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Dziecka zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Dziecka były wyżej wymienione obrażenia ciała, i
 - d) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo trwało przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i nadal pozostaje Całkowitym i Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu,
 - 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Częściowe i Trwałe inwalidztwo
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu zgodnie z Tabelą Świadczeń Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Dziecko odniosło fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Częściowe i Trwałe Inwalidztwo Dziecka zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Częściowego i Trwałego Inwalidztwa Dziecka były wyżej wymienione obrażenia ciała,
 - 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Wypłata Świadczenia z tytułu Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, w odniesieniu do Dziecka, z tytułu inwalidztwa którego zostało wypłacone Świadczenie.
4. Wypłata Świadczenia z tytułu Częściowego i Trwałego Inwalidztwa nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
5. Wypłata Świadczenia w łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Dziecka, z tytułu inwalidztwa którego Świadczenie zostało wypłacone.
6. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości Świadczenia § 7

1. Za całkowitą i nieodwracalną stratę funkcji narządu lub kończyny uważa się jej anatomiczną stratę powodującą trwałe inwalidztwo.
2. Jeśli na skutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi częściowa strata funkcji narządu lub kończyny, Świadczenie zostanie zmniejszone proporcjonalnie do stopnia ograniczenia czynności narządu lub kończyny.
3. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów lub kończyn części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narzodom lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia.
4. Jeśli Częściowe i Trwałe Inwalidztwo jest spowodowane uszkodzeniem ciała niewymienionym w Tabeli Świadczeń, ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”, stanowiącą załącznik do niniejszej Umowy dodatkowej.
5. Jeśli zostanie udowodniona leworęczność Dziecka, w przypadku Częściowego i Trwałego Inwalidztwa lewej kończyny górnej będą miały zastosowanie wartości procentowe podane w Tabeli Świadczeń należne za prawą kończynę górną, a w przypadku Częściowego i Trwałego Inwalidztwa prawej kończyny górnej wartości procentowe podane w Tabeli Świadczeń należne za lewą kończynę górną.

6. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź straty funkcji części ciała, narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Dziecka ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, części sumy ubezpieczenia określone w tabelach zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.
7. Jeśli po potwierdzeniu przez Towarzystwo Częściowego i Trwałego Inwalidztwa, zgodnie z § 6 ust. 2, Dziecko jest nadal objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wówczas przy następnym zdarzeniu ubezpieczeniowym części sumy ubezpieczenia określone w tabelach zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego przed tym zdarzeniem.
8. Świadczenie zostanie wypłacone po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji i potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa.
9. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Dziecka przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Całkowitego i Trwałego lub Częściowego i Trwałego Inwalidztwa.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Tabela Świadczeń

Trwałe Inwalidztwo Całkowite	wysokość Świadczenia w % sumy ubezpieczenia
Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100
Całkowita strata obu rąk lub obu dłoni	100
Całkowita głuchota, spowodowana urazem	100
Utrata dolnej szczęki	100
Całkowita utrata mowy	100
Całkowita strata jednej ręki i jednej nogi	100
Całkowita strata jednej ręki i jednej stopy	100
Całkowita strata jednej dłoni i jednej stopy	100
Całkowita strata jednej dłoni i jednej nogi	100
Całkowita strata obu nóg	100
Całkowita strata obu stóp	100

Trwałe Inwalidztwo Częściowe	wysokość Świadczenia w % sumy ubezpieczenia	
Głowa		
Strata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości		
– na powierzchni 6 cm ²	40	
– na powierzchni od 3 do 6 cm ²	20	
– na powierzchni mniejszej niż 3 cm ²	10	
Częściowa utrata dolnej szczęki, całej jej wznoszącej się części lub połowy kości szczękowej	40	
Całkowita strata jednego oka	40	
Całkowita głuchota jednego ucha	30	
Kończyny górne		
	Prawa	Lewa
Strata jednej ręki lub jednej dłoni	60	50
Znaczna strata tkanki kostnej ręki (uszkodzenie nieuleczalne i ostateczne)	50	40
Całkowity paraliż kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwów)	65	55
Całkowite porażenie nerwu pachowego	20	15
Zesztywnienie barku	40	30
Zesztywnienie łokcia		
– w położeniu korzystnym (90° +/- 15°)	25	20
– w położeniu niekorzystnym	40	35
Rozległa strata tkanki kostnej obu kości przedramienia (uszkodzenie nieuleczalne i ostateczne)	40	30
Całkowite porażenie nerwu pośrodkowego	45	35
Całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku	40	35
Całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia	30	25
Całkowite porażenie nerwu promieniowego dłoni	20	15
Całkowite porażenie nerwu łokciowego	30	25
Zesztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprostowanym i z dłońią w dół)	20	15
Zesztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym (zgiętym, z napięciem wyprostowanym lub z dłońią w górę)	30	25
Całkowita strata kciuka	20	15

Częściowa strata kciuka (człon paznokciowy)	10	5
Całkowite zesztywnienie kciuka	20	15
Całkowita amputacja palca wskazującego	15	10
Całkowita strata dwóch członów palca wskazującego	10	8
Całkowita strata członu paznokciowego palca wskazującego	5	3
Jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35	25
Całkowita strata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
Całkowita strata dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	12	8
Całkowita strata trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20	15
Całkowita strata czterech palców włącznie z kciukiem	45	40
Całkowita strata czterech palców	40	35
Całkowita strata palca środkowego	10	8
Całkowita strata palca innego niż kciuk, palec wskazujący lub środkowy	7	3
Zesztywnienie palców rąk (z wyjątkiem kciuka i palca wskazującego) uprawnia do 50% Świadczenia należnego w przypadku straty danych palców.		
Kończyny dolne		
Prawa lub lewa		
Całkowita strata uda (górnej połowy)	60	
Całkowita strata uda (dolnej połowy) i podudzia	50	
Całkowita strata stopy (amputacja w okolicy piszczelowo-stępowej)	45	
Częściowa strata stopy (amputacja w stawie skokowym)	40	
Częściowa strata stopy (amputacja w środkowej części stępu)	35	
Częściowa strata stopy (amputacja w okolicy stępowo-śródstopnej)	30	
Całkowity paraliż dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)	60	
Pełne porażenie zewnętrznego nerwu podkolanowego	30	
Pełne porażenie wewnętrznego nerwu kulszowo-podkolanowego	20	
Pełne porażenie nerwu kulszowo-podkolanowego (zewnętrznego i wewnętrznego)	40	
Zesztywnienie stawu biodrowego	40	
Zesztywnienie stawu kolanowego	20	
Strata tkanki kostnej kości udowej lub obu kości podudzia (stan nieuleczalny)	60	
Strata tkanki kostnej rzepki ze znacznym rozsunieniem fragmentów i dużym utrudnieniem ruchów przy wyprostowanym podudziu	40	
Strata tkanki kostnej rzepki z zachowaniem możliwości ruchów	20	
Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 5 cm	30	
Skrócenie kończyny dolnej o 3 do 5 cm	20	
Skrócenie kończyny dolnej o 1 do 3 cm	10	
Całkowita amputacja wszystkich palców stóp	25	
Amputacja czterech palców stóp włącznie z dużym palcem	20	
Całkowita strata czterech palców stóp	10	
Całkowita strata dużego palca	10	
Całkowita strata dwóch palców stóp	5	
Amputacja jednego palca stopy innego niż duży palec	3	
Zesztywnienie palców nóg (z wyjątkiem palucha) uprawnia do 50% Świadczenia należnego w przypadku straty danych palców.		

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku


Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa


Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Dziecka

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Dziecka (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia,
- rak** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe, potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym),
- niewydolność nerek** – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu z nich, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek lub przebiegiem przeszczepu nerki,
- przeszczepienie narządów** – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące przeszczepienie następujących (jednego lub kilku) narządów pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego,
- utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby, której rozpoznanie potwierdzą klinicznie lekarz okulista i lekarz powołany przez Towarzystwo,
- śpiączka** – stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (albo potrzeby fizjologiczne) utrzymujący się nieprzerwanie co najmniej przez 96 godzin i skutkujący trwałymi, nieodwracalnymi ubytkami (deficytami) neurologicznymi. Koniecznym wymogiem jest użycie systemów podtrzymujących życie,
- utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Uraz lub choroba strun głosowych musi być potwierdzona przez specjalistę laryngologa w dokumentacji medycznej. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka,
- operacja zastawek serca** – przebyta operacja na otwartym sercu w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawek serca. Rozpoznanie nieprawidłowości (wad) zastawek musi być potwierdzone cewnikowaniem serca lub echokardiogramem. Wskazania do operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę kardiologa,
- utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub wypadku. Dokumentacja medyczna powinna być poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) oraz badaniem audiometrii tonalnej i progę słyszenia,
- wrodzone wady serca** – wrodzone wady serca przebiegające z sinicą, powodujące stan złego utlenowania krwi, będący następstwem jednej z poniższych, jednoznacznie zdiagnozowanych wad:
 - zarośnięcie zastawek serca,
 - przełożenie wielkich pni tętniczych,
 - wspólny pień tętniczy,
 - całkowicie nieprawidłowy spływ żył płucnych,
 - tetralogia Fallota.

Wszystkie inne wady serca są wyłączone.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii oraz lekarza powołanego przez Towarzystwo i potwierdzone odpowiednimi badaniami dodatkowymi jak np. echo serca,

- dziecięce porażenie mózgowie** – wrodzone porażenie mózgowie scharakteryzowane jako spastyczne porażenie czterokończynowe z towarzyszącymi napadami drgawk i głębokim upośledzeniem umysłowym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii oraz przez lekarza powołanego przez Towarzystwo,
- dystrofia mięśniowa** – jeden z niżej podanych typów dystrofii: Duchenne’a, Beckera, obręczowo-kończynowa. Pozostałe typy są wykluczone. Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii, lekarza powołanego przez Towarzystwo oraz wynikiem biopsji mięśni i podwyższonym poziomem fosfokinazy kreatyninowej,
- zespół Downa** – nieprawidłowość chromosomalna, ściśle związana z aberracją autosomalną, polegającą na dodatkowym chromosomie w 21 parze chromosomów, charakteryzująca się: zmniejszonym napięciem mięśniowym, małowagiem, krótkogłowiem, płaską potylicą oraz umysłowym i fizycznym upośledzeniem. Diagnoza powinna być oparta wyłącznie na aktualnie akceptowanych kryteriach rozpoznania zespołu Downa tzn. na teście chromosomalnym i pełnym badaniu przez lekarza powołanego przez Towarzystwo. Diagnoza musi być poparta przez fakt opóźnionego rozwoju fizycznego i umysłowego, co oznacza IQ poniżej 50,
- mukowiscydoza** – jednoznacznie zdiagnozowana mukowiscydoza, potwierdzona przez lekarza specjalistę oraz lekarza Towarzystwa,
- cukrzyca** – cukrzyca nabyta insulinozależna, rozpoznana w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej z insulinoterapią trwającą co najmniej trzy miesiące,
- AIDS** – Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) jest używany w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczenia, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest rozpoznanie u Dziecka choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 2-3, 5-7, 9-15 lub przebiecie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4 i 8.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W stosunku do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi:
 - 3 miesiące, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego opisanego w § 2 punkty 2-3, 5-7, 9, 15 lub przebiecia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4 i 8,
 - 9 miesięcy, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego opisanego w § 2 punkty 10-14.
- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa w terminie:

- 3 miesiące od daty takiej zmiany w odniesieniu do zdarzenia ubezpieczeniowego opisanego w § 2 punkty 2-3, 5-7, 9, 15 lub przebycia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4 i 8,
 - 9 miesięcy w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych opisanych w § 2 punkty 10-14
- ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka,
 - usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Dziecko, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - nadużywania alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - AIDS,
 - radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
 - działania trucizny, trujących gazów lub oparów,
 - nieszczęśliwego wypadku Dziecka, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
 - choroby, w przypadku której Dziecko otrzymało diagnozę lub zalecenie przeprowadzenia leczenia operacyjnego lub podlegało leczeniu, lub podlegało medycznej kontroli, lub było w trakcie badań diagnostycznych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej. Niniejsze wyłączenie nie ma zastosowania do dzieci Ubezpieczonego urodzonych po 9 miesiącach od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej.
- Dziecko, u którego dokonano rozpoznania jednej z chorób wymienionych § 2 punkty 2-3, 5-7, 9-15 lub dokonano lub zalecono dokonanie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4 lub 8 przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, zostanie objęte ubezpieczeniem na podstawie Umowy dodatkowej z poniższymi wyłączeniami:

Punkt z § 2	Zdarzenie zaistniałe przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej	Wykluczenie ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z definicjami zawartymi w § 2
2	Rak	2, 4
3	Niewydolność nerek	3-4
4	Przeszczepienie narządu	2-4, 6, 14
5	Utrata wzroku	5, 11
6	Śpiączka	5-7, 11, 12
7	Utrata mowy	6-7, 11
8	Operacja zastawek serca	4, 6, 8, 10

Punkt z § 2	Zdarzenie zaistniałe przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej	Wykluczenie ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z definicjami zawartymi w § 2
9	Utrata słuchu	9, 11
10	Wrodzone wady serca	4, 6, 10
11	Dziecięce porażenie mózgowie	5-7, 9, 11
12	Dystrofia mięśniowa	6, 12
13	Zespół Downa	8, 10, 13
14	Mukowiscydoza	4, 14
15	Cukrzyca	6, 15

Powyższe wykluczenie nie ma zastosowania do Dzieci Ubezpieczonego urodzonych po 9 miesiącach od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej.

Wypłata Świadczeń § 6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia.
- Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że Dziecko pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty:
 - rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 2-3, 5-7, 9-15 lub
 - zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4 i 8.
- Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 1 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej będzie zredukowana o chorobę lub leczenie operacyjne, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie oraz o choroby i leczenia operacyjne pozostające w związku przyczynowo-skutkowym zgodnie z tabelą zdefiniowaną w § 5 ust. 2.
- W trakcie rozpatrywania zgłoszonego roszczenia Towarzystwo ma prawo do przeprowadzenia na swój koszt badania lekarskiego Dziecka. Jeżeli Dziecko odmówi poddania się tym badaniom lub Ubezpieczony nie wyrazi na nie zgody, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu (zwane dalej „Warunkami”):

1. mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie,
2. stosuje się osobno do każdego Dziecka Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia,
2. **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Dziecka, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę,
3. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych,
4. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów,
5. **Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, zdrowiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
6. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne,
7. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Dziecka będące następstwem Niezłśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Dziecka Ubezpieczonego na skutek Niezłśliwego Wypadku lub Choroby.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Dziecka lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Niezłśliwych Wypadków objętych niniejszą Umową dodatkową,
4. Rehabilitacją,
5. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
6. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
7. pozostawianiem Dziecka w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
8. jakakolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
9. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
10. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Dziecko, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
11. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
12. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
13. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja Dziecka nastąpiła w wyniku Choroby lub Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Dziecko podlegało Hospitalizacji:
 - i) jako Pacjent Stały co najmniej dobę, gdy Hospitalizacja była wynikiem Uszkodzenia Ciała lub
 - ii) jako Pacjent Stały przez ponad 3 kolejne dni, gdy Hospitalizacja była wynikiem Choroby.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od 1 dnia Hospitalizacji.
3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Niezłśliwego Wypadku lub Choroby nie może przekroczyć 180 dni.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Niezłśliwym Wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.

5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”):

1. mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie,
2. stosuje się osobno do każdego Dziecka Ubezpieczonego.

Definicje § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia,
2. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego,
3. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów,
4. **Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, zdrowiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
5. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne,
6. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Dziecka będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Dziecka na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Dziecka lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu choroby,
4. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych niniejszą Umową dodatkową,
5. Rehabilitacją,
6. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu, pozostawianiem Dziecka w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza specjalisty,
8. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
9. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
10. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Dziecko, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
11. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
12. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
13. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja Dziecka nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Dziecko podlegało Hospitalizacji jako Pacjent Stały co najmniej dobę.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od 1 dnia Hospitalizacji.
3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku nie może przekroczyć 180 dni.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.

5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia, lub bez względu na wiek w razie jego Niezdolności do pracy,
2. **Osierocenie Dziecka** – śmierć Ubezpieczonego mającego Dziecko,
3. **Urodzenie się dziecka** – urodzenie się Ubezpieczonemu:
 - dziecka żywego własnego lub przysposobionego,
 - dziecka martwego nie wcześniej niż po upływie dwudziestego drugiego tygodnia ciąży,
4. **Niezdolność do pracy** – całkowita i trwała niezdolność Dziecka do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej lub wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie stwierdzona na podstawie zaświadczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy, lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Rodzica, Urodzenie się dziecka lub Osierocenie Dziecka.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który przystępuje do Umowy Ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek Urodzenia się dziecka po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnienia do ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, będącego Małżonkiem, Partnerem, Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do Umowy Ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek Urodzenia się dziecka odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do Umowy Ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica po upływie 3 miesięcy od

daty nabycia uprawnienia do ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy.

5. W związku z podwyższeniem sumy ubezpieczenia w trakcie ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie ubezpieczenia na wypadek Urodzenia się dziecka w terminie 9 miesięcy od daty zmiany ogranicza się wyłącznie do wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany,
 - b) W przypadku śmierci Rodzica Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.

Wypłata Świadczeń § 5

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z wyłączeniem Osierocenia Dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia.
2. W przypadku Osierocenia Dziecka Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpieczonego Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia.
3. Liczba Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu śmierci Rodzica nie może przekroczyć czterech.
4. W przypadku Ubezpieczonych będących Małżonkiem, Partnerem, Pełnoletnim dzieckiem objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny niż Towarzystwo zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dziecka bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej i rezygnujących z tego ubezpieczenia, uchyla się wymieniony w § 4 ust. 3 okres odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa w części odpowiadającej liczbie miesięcy, przez które działała ochrona ubezpieczeniowa w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej Umowy dodatkowej.

W takim przypadku Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości niższego z następujących świadczeń:

 - świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń albo
 - świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem, że:

- a) ochrona w poprzednim zakładzie ubezpieczeń obejmująca zakresem umowę dodatkową na wypadek urodzenia się dziecka zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
 - b) Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia poprzedniego ubezpieczenia.
- Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

6. W celu ustalenia prawa Dziecka do otrzymania Świadczenia na wypadek Osierocenia Dziecka niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Rodzica na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Rodzica na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Rodzica na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Rodzica powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Rodzica lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Rodzica,

2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Rodzica, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Rodzica w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) Rodzic odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - 2) śmierć Rodzica nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Rodzica były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. Liczba Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego Wypadku nie może przekroczyć czterech.
3. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza

Postanowienia ogólne § 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.
2. Niniejsza Umowa dodatkowa obejmuje ochroną Ubezpieczonego oraz Członków jego rodziny, o ile zostali wskazani przez Ubezpieczonego do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Członek rodziny Ubezpieczonego:**
 - a) Małżonek w wieku od ukończenia 18 roku życia, a przed ukończeniem 70 roku życia,
 - b) Partner w wieku od ukończenia 18 roku życia, a przed ukończeniem 70 roku życia,
 - c) Dziecko – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia,
2. **Konsultacja Medyczna (zwana dalej „Konsultacją”)** – Świadczenia opisane w § 3 ust. 3 Umowy dodatkowej,
3. **Konsorcjum WorldCare (zwane dalej „Konsorcjum”)** – sieć specjalistów medycznych, zorganizowana przez WorldCare International Ltd. w celu udzielania osobom objętym ochroną Konsultacji zgodnie z Umową dodatkową, na podstawie zawartej umowy o współpracy,
4. **Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS)** jest używany w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczenia, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV.

Zdarzenie ubezpieczeniowe, Świadczenie § 3

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie po dacie objęcia Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wymienionych w § 5 chorób lub problemów zdrowotnych, z tytułu których Ubezpieczony lub Członek jego rodziny zwraca się do przedstawiciela Konsorcjum z wnioskiem o udzielenie Konsultacji Medycznej, do której jest uprawniony na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej.
2. Świadczeniem w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego jest opłacenie przez Towarzystwo kosztów Konsultacji Medycznej uzyskanej przez Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny zgodnie z niniejszą Umową dodatkową. Konsultacje Medyczne przeprowadzane są przez specjalistów Konsorcjum w celu udzielenia pomocy Ubezpieczonemu lub Członkowi jego rodziny i jego lekarzowi prowadzącemu w zakresie diagnostyki i zalecenia procesu leczenia.
3. Konsultacja Medyczna obejmuje:
 - a) opinię odpowiednich specjalistów Konsorcjum przedstawioną w formie pisemnej,
 - b) jedną Konsultację dotyczącą wyniku tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, prześwietlenia Roentgena, badania ultrasonograficznego, innych badań obrazowych lub histopatologicznych,

- c) jedną Konsultację uzupełniającą. W przypadku, gdy Ubezpieczony lub Członek jego rodziny wnioskuje o dodatkową opinię diagnostyczną lub konsultacyjną lub dostarczy dodatkowe pytania w ciągu 30 dni od daty uzyskania wstępnej opinii konsultacyjnej określonej w punkcie a) i b), uzyskana na tej podstawie konsultacja uzupełniająca będzie traktowana jako jedna Konsultacja,
 - d) plan leczenia zalecany przez specjalistów Konsorcjum. Do planu leczenia mogą być załączone obrazy radiologiczne lub histopatologiczne,
 - e) telekonferencję w języku angielskim, jeśli jest konieczna, między lekarzem Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny a specjalistą Konsorcjum.
4. Jeśli wielokrotne badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody zostały przeprowadzone w tych samych medycznych warunkach, badanie diagnostyczne będzie oparte na wyniku ostatniego badania. Wszystkie inne badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody, dostarczone w ciągu 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej, będą traktowane jako badania porównawcze i nie będą traktowane jako nowy wniosek o Konsultację. Dodatkowe pytania lub wnioski o dodatkowe informacje dostarczone po upływie 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej lub wykraczające poza zakres wstępnej konsultacji oraz jej wyników będą traktowane jako nowy wniosek o Konsultację.
 5. W odniesieniu do każdego Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny liczba Konsultacji jest ograniczona do:
 - a) dwóch w każdym roku trwania Umowy i
 - b) sześciu w okresie objęcia niniejszą Umową dodatkową.
 6. WorldCare International Ltd. ponosi wyłączną odpowiedzialność za przetwarzanie i przekazanie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego, Członka jego rodziny lub jego lekarza prowadzącego oraz za utrzymanie sieci placówek medycznych i specjalistów Konsorcjum, którzy udzielają Konsultacji zgodnie z niniejszą Umową dodatkową. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za terminowość badań realizowanych przez specjalistów Konsorcjum.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej w odniesieniu do Członków rodziny Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia Członka rodziny Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa:
 - a) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony kończy 70 rok życia,
 - b) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Małżonek kończy 70 rok życia – w odniesieniu do Małżonka,
 - c) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Partner kończy 70 rok życia – w odniesieniu do Partnera,
 - d) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Dziecko kończy 19 rok życia, a w przypadku dalszego kształcenia 25 rok życia w odniesieniu do Dziecka,
 - e) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym łączna liczba Konsultacji uzyskanych przez Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny objętego niniejszą Umową dodatkową wyniosła sześć,

f) w przypadku zakończenia współpracy pomiędzy Towarzystwem a Konsorcjum w zakresie udzielania Konsultacji Medycznej na wypadek choroby Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny.

W przypadku opisanym w punkcie e) Towarzystwo zwróci składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Choroby i problemy zdrowotne objęte Umową § 5

Ubezpieczony lub Członek jego rodziny uprawniony jest do uzyskania Konsultacji z powodu następujących chorób lub problemów zdrowotnych:

1. nowotwór,
2. zawał mięśnia sercowego,
3. choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego,
4. śpiączka,
5. udar mózgu,
6. stwardnienie rozsiane,
7. porażenie, niedowład,
8. przewlekła obturacyjna choroba płuc,
9. rozedma płuc,
10. choroby zapalne jelit,
11. przewlekła choroba wątroby,
12. niewydolność nerek,
13. przewlekłe dolegliwości bólowe miednicy,
14. cukrzyca,
15. choroba zakrzepowo-zatorowa,
16. amputacje,
17. reumatoidalne zapalenie stawów,
18. czerniak złośliwy,
19. rozległe oparzenia,
20. nagła ślepota spowodowana chorobą,
21. przeszczep narządów,
22. choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego,
23. inne podobne choroby zagrażające życiu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 6

Konsultacje z tytułu Umowy dodatkowej nie będą udzielane, jeżeli choroba lub problem zdrowotny powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny,
2. nadużywania alkoholu lub leczniczo nieuzasadnionego użycia środków farmaceutycznych, w tym narkotyków,
3. Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zespołu związanego z AIDS, chorób przenoszonych drogą płciową oraz w przypadku stwierdzenia dodatniego wyniku testu HIV,
4. skażenia radioaktywnego,
5. działania trucizny albo trujących gazów lub oparów,
6. wad wrodzonych lub wad, które ujawniły się bezpośrednio po urodzeniu lub w późniejszym okresie.

Zgłoszenie roszczenia § 7

1. Wniosek o Konsultację z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej składa Ubezpieczony, Członek jego rodziny lub jego lekarz prowadzący do przedstawiciela Konsorcjum w Polsce pod adresem wskazanym Ubezpieczającemu.
2. Przedstawiciel Konsorcjum poinformuje Ubezpieczonego, Członka jego rodziny lub jego lekarza prowadzącego o wymaganych procedurach i dokumentach oraz udzieli wszelkiej pomocy w celu uzyskania powyższej Konsultacji.
3. WorldCare International Ltd. zapewni możliwość przetłumaczenia na język angielski dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny w języku polskim oraz możliwość przetłumaczenia na język polski wyników Konsultacji otrzymanych z Konsorcjum.

Postanowienia końcowe § 8

1. WorldCare International Ltd. ponosi wyłączną odpowiedzialność za udzielane Konsultacje.
2. Towarzystwo nie jest odpowiedzialne za błędy lub przeoczenia WorldCare International Ltd. dotyczące Konsultacji udzielanych na podstawie Umowy dodatkowej.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Inwestycyjnego Nestor

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Inwestycyjnego Nestor (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie. Poniższe terminy użyte w Umowie Grupowego Ubezpieczenia Inwestycyjnego „Nestor” oznaczają:

1. **Składka inwestycyjna** – składka z tytułu Umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia inwestycyjnego „Nestor” finansowana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego i opłacana Towarzystwu przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową Ubezpieczenia,
2. **Udział Ubezpieczonego** – część składki inwestycyjnej finansowana przez Ubezpieczonego zgodnie z Umową Ubezpieczenia,
3. **Udział Ubezpieczającego** – część składki inwestycyjnej finansowana przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową Ubezpieczenia,
4. **Indywidualne Konto Inwestycyjne Ubezpieczonego** – zwane dalej „Kontem”, oznacza sumę Udziału Ubezpieczonego i Ubezpieczającego wraz z dopisanymi odsetkami należnymi z tytułu ich inwestowania, pomniejszoną o wypłaty i potrącenia dokonane zgodnie z niniejszymi Warunkami i Umową Ubezpieczenia. Wyróżnia się część Konta pochodzącą z Udziału Ubezpieczonego i część Konta pochodzącą z Udziału Ubezpieczającego,
5. **Odsetki** – suma dopisana do Kont zgodnie z niniejszymi Warunkami,
6. **Data wymagalności świadczenia** – dzień nabycia prawa do wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej określony w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

Zdarzenia ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć lub dożycie przez Ubezpieczonego Daty wymagalności świadczenia.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Konto § 5

1. Konto będzie powiększane o składniki określone poniżej:
 - a) Udział Ubezpieczającego (o ile przewidziany jest Umową Ubezpieczenia),
 - b) Udział Ubezpieczonego (o ile przewidziany jest Umową Ubezpieczenia),
 - c) odsetki.
2. Konto pomniejszane jest o wypłaty i potrącenia dokonane zgodnie z postanowieniami Umowy Ubezpieczenia i niniejszych Warunków.
3. Po zakończeniu każdego kolejnego Roku Ubezpieczenia Towarzystwo potwierdzi salda Kont każdego z Ubezpieczonych.

Odsetki § 6

1. Część zysków wypracowanych przez Towarzystwo w trakcie Roku Ubezpieczenia będzie doliczana do Kont w formie odsetek wyliczonych na podstawie stopy procentowej netto, zgodnie ze wzorem na obliczanie stopy procentowej netto określonym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. Konta będą powiększane o odsetki ostatniego dnia każdego Roku Ubezpieczenia.
3. Wysokość odsetek będzie obliczana w oparciu o saldo Kont na koniec każdego miesiąca Roku Ubezpieczenia.
4. Towarzystwo zobowiązuje się do inwestowania aktywów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi zakładów ubezpieczeń na życie.

Opłata administracyjna § 7

1. Ostatniego dnia każdego Roku Ubezpieczenia Towarzystwo potrąca opłatę administracyjną, której wysokość jest określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. Opłata administracyjna będzie potrącona z części Konta pochodzącej z Udziału Ubezpieczającego.
3. Jeśli saldo części Konta pochodzącej z Udziału Ubezpieczającego jest niższe od wartości opłaty administracyjnej, pozostała część opłaty zostanie pobrana z części Konta pochodzącej z Udziału Ubezpieczonego.
4. Jeśli Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia nie przewiduje Udziału Ubezpieczającego, Towarzystwo potrąci opłatę administracyjną z części Konta pochodzącej z Udziału Ubezpieczonego.

Wypłata Świadczeń § 8

1. Datą wymagalności Świadczeń przez Ubezpieczonego jest data uzyskania uprawnień emerytalnych albo wcześniejszych uprawnień emerytalnych przewidzianych powszechnym systemem ubezpieczeń społecznych albo uprawnień do świadczenia rentowego z tytułu niezdolności do pracy w razie orzeczenia właściwego organu.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu wartość Konta na dzień operacji, powiększoną o odsetki, w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
3. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w pkt 2.
4. Ubezpieczający powiadomi Towarzystwo na piśmie niezwłocznie po Dacie wymagalności świadczeń o dokonanych przez Ubezpieczonego wyborze wariantu wypłaty Świadczenia będącego w aktualnej ofercie Towarzystwa.
5. W przypadku innym niż wypłata jednorazowa warunki wypłaty Świadczenia określi odrębna umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczonym i Towarzystwem.
6. W przypadku rozwiązania umowy o pracę przed Datą wymagalności świadczenia lub w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przed wygaśnięciem uprawnienia do ubezpieczenia Ubezpieczony ma prawo do wypłaty części Konta zgodnie z postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia. Wypłata zostanie dokonana niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie czterech dni roboczych od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.

7. Część Konta, która zgodnie z postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia nie podlega wypłacie Ubezpieczonemu, zostanie zaliczona na poczet następnej składki należnej od Ubezpieczającego.
8. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej § 9

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) za wypowiedzeniem przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień najbliższej rocznicy umowy następującej po dacie doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu,
 - b) z upływem okresu prolongaty w przypadku niezapłacenia składki w Terminie wymagalności, jeżeli Ubezpieczający nie uiści zaległej składki w dodatkowym terminie 7 dni od dnia doręczenia mu wezwania zawierającego pouczenie o skutkach uchylenia się od zapłaty, lecz nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie 7 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania, o którym mowa w niniejszym punkcie.
 - c) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia.
2. W przypadku opisanym w pkt 1 lit. b) Umowę dodatkową uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
3. Obowiązek opłacania składek przez Ubezpieczającego ustaje z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej.
4. Po dacie rozwiązania Umowy dodatkowej Towarzystwo będzie naliczać odsetki zgodnie z Warunkami do dnia, kiedy środki zgromadzone na Kontach zostaną rozdysponowane zgodnie z § 13.

Opłata z tytułu rozwiązania Umowy dodatkowej § 10

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego lub polecenia przeniesienia środków zgromadzonych na Kontach na rachunek innego zakładu ubezpieczeń Towarzystwo potrąci z Konta, przed przekazaniem środków, opłatę stanowiącą procent od wartości środków zgromadzonych na Kontach zgodnie z poniższą tabelą:

Data rozwiązania Umowy dodatkowej	Opłata z tytułu rozwiązania Umowy dodatkowej
w 1. roku Umowy dodatkowej	5%
w 2. roku Umowy dodatkowej	4%
w 3. roku Umowy dodatkowej	3%
w 4. roku Umowy dodatkowej	2%
w 5. roku Umowy dodatkowej	1%
po 5. roku Umowy dodatkowej	0% wartości środków zgromadzonych na Kontach


Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa


Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Przeniesienie środków zgromadzonych na Kontach § 11

1. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej na pisemny wniosek Ubezpieczającego, który wyraził wolę kontynuowania grupowego ubezpieczenia inwestycyjnego w innym, wskazanym zakładzie ubezpieczeń, Towarzystwo przeniesie środki zgromadzone na Kontach na rachunek prowadzony przez ten zakład ubezpieczeń.
2. W takim przypadku:
 - a) Towarzystwo potrąci opłatę administracyjną za Rok Ubezpieczenia, w którym niniejsza Umowa dodatkowa została rozwiązana, jak również opłatę z tytułu rozwiązania Umowy dodatkowej,
 - b) przekazanie środków zgromadzonych na Kontach dokonane będzie w terminie 30 dni od daty rozwiązania Umowy dodatkowej.
3. Poczynając od dnia rozwiązania Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Świadczenia, które były należne przed tym dniem.
4. Przekazanie środków zgromadzonych na Kontach dokonane przez Towarzystwo będzie jednoznaczne z wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa wynikających z Umowy dodatkowej wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonych.

Likwidacja Kont w następstwie rozwiązania Umowy dodatkowej § 12

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej i złożenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego pisemnego wniosku o likwidację Kont Ubezpieczonemu przysługiwać będzie jednorazowa wypłata po potrąceniu opłaty z tytułu rozwiązania Umowy dodatkowej oraz opłaty administracyjnej. Wypłata zostanie dokonana w terminie 30 dni od daty zakończenia okresu wypowiedzenia oraz daty otrzymania dyspozycji Ubezpiezonego o sposobie przekazania środków.

Skutki braku oświadczenia o zadysonowaniu środkami zgromadzonymi na Kontach § 13

Jeżeli Ubezpieczający nie doręczy Towarzystwu pisemnej decyzji o przeniesieniu środków i sposobie ich przekazania lub o likwidacji Kont, a także w przypadku zaprzestania płacenia składki, zarządzanie środkami będzie kontynuowane do dnia najwcześniejszego z wymienionych zdarzeń:

- a) wyczerpania środków lub
- b) doręczenia Towarzystwu pisemnego wniosku o przeniesienie środków zgodnie z § 11 niniejszych Warunków, lub
- c) doręczenia Towarzystwu pisemnego wniosku Ubezpieczającego o likwidację Kont zgodnie z § 12 niniejszych Warunków.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Nasz Fundusz

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Nasz Fundusz (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie. Poniższe terminy użyte w Umowie Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „Nasz Fundusz” oznaczają:

1. **Cena Netto jednostki** – cena obliczana zgodnie z Regulaminem,
2. **Data wymagalności świadczenia** – dzień nabycia prawa do wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej,
3. **Dzień Wyceny Jednostki** – każdy dzień roboczy, w którym Towarzystwo dokonuje wyceny jednostek,
4. **Jednostka Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego** – zwana dalej „jednostką”, środki finansowe (aktywa netto) każdego funduszu są podzielone na części zwane jednostkami lub części tych jednostek. Łączna liczba jednostek jest zwiększana poprzez nabycie nowych jednostek lub zmniejszana poprzez ich umorzenie,
5. **Podpis wzorcowy** – zawarty w karcie rejestracyjnej podpis Ubezpieczonego stanowiący wzór, z którym będzie porównywany jego podpis pod późniejszymi wnioskami i oświadczeniami,
6. **Procent Udziału Przypadający na Fundusz** – procent Udziału Ubezpieczającego lub Udziału Ubezpieczonego, jaki ma być inwestowany w dany fundusz. W przypadku wyboru więcej niż jednego funduszu procent udziału przypadający na każdy fundusz odpowiednio w Udziale Ubezpieczającego i Udziale Ubezpieczonego nie może być mniejszy od minimalnego udziału określonego w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, a suma procentowych udziałów musi się równać 100% zarówno dla Udziału Ubezpieczającego, jak i Udziału Ubezpieczonego. W przypadku finansowania Udziału Ubezpieczającego oraz Udziału Ubezpieczonego na rzecz jednego Ubezpieczonego istnieje możliwość wskazania procentu udziału przypadającego na fundusz oddzielnie dla każdego Rachunku,
7. **Rachunek Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego** – zwany dalej „Rachunkiem”, indywidualny rachunek Ubezpieczonego, na którym gromadzone są jednostki pochodzące z Udziału Ubezpieczającego albo Udziału Ubezpieczonego. W przypadku finansowania Udziału Ubezpieczającego oraz Udziału Ubezpieczonego na rzecz jednego Ubezpieczonego tworzone są dwa Rachunki, oddzielnie dla Udziału Ubezpieczonego i oddzielnie dla Udziału Ubezpieczającego. Jednostki zgromadzone na Rachunku stanowią część łącznej liczby jednostek funduszy wskazanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego we wnioskach lub w innej formie zaakceptowanej przez strony,
8. **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** – zwany dalej „Regulaminem”, odrębny dokument stanowiący załącznik do niniejszych Warunków, zawierający opis funduszy, sposób ich tworzenia i zarządzania, stanowiący integralną część Umowy dodatkowej,
9. **Składka za Umowę dodatkową** – składka z tytułu Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „Nasz Fundusz” finansowana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego i opłacana Towarzystwu przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową Ubezpieczenia,
10. **Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy** – zwany dalej „funduszem” lub UFK, ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy tworzony przez Towarzystwo zgodnie z obo-

wiążącymi przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2013 r. Nr 950, j.t.), którego środki są inwestowane w sposób określony w Regulaminie,

11. **Udział Ubezpieczającego** – określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia część Składki za Umowę dodatkową finansowana przez Ubezpieczającego, przeznaczona na zakup jednostek,
12. **Udział Ubezpieczonego** – określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia część Składki za Umowę dodatkową finansowana przez Ubezpieczonego, przeznaczona na zakup jednostek,
13. **Umowa dodatkowa** – umowa zawierana na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego łącznie z ubezpieczeniem na życie lub w czasie trwania ubezpieczenia na życie pod warunkiem zaakceptowania powyższego wniosku przez Towarzystwo,
14. **Wartość Rachunku** – wyrażona w polskich złotych łączna wartość jednostek będąca sumą iloczynów liczby jednostek zgromadzonych na Rachunku w poszczególnych funduszach i Ceny Netto jednostek tych funduszy.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć lub dożycie przez Ubezpieczonego Daty wymagalności świadczenia.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z datą wygaśnięcia ubezpieczenia na życie.

Wymagana dokumentacja

§ 5

Ubezpieczający zobowiązany jest sporządzić, prowadzić oraz na bieżąco aktualizować i przesyłać Towarzystwu wykaz zgodny ze wzorem Towarzystwa, w wersji papierowej i elektronicznej, stanowiący listę Ubezpieczonych zawierający imię, nazwisko, PESEL Ubezpieczonego, wysokość składek finansowanych zarówno przez Ubezpieczającego, jak i przez Ubezpieczonego przekazywanych na rzecz każdego Ubezpieczonego, oznaczenie funduszu wybranego przez każdego z Ubezpieczonych oraz wskazanie Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz osobno dla składki finansowanej przez Ubezpieczającego oraz przez Ubezpieczonego. Wykaz ten powinien być przesłany do Towarzystwa na 2 dni robocze przed dokonaniem wpłaty składki z tytułu Umowy Ubezpieczenia na rachunek Towarzystwa.

Zarządzanie Rachunkiem

§ 6

W okresie obowiązywania Umowy dodatkowej na Rachunku prowadzone będą operacje dopisywania i potrącania jednostek.

1. Dopisywanie jednostek w związku z wpłatą Składki za Umowę dodatkową:
 - 1) środki pochodzące z Udziału Ubezpieczającego przeliczane są na jednostki funduszy wskazanych przez Ubezpieczającego zgodnie z wnioskiem o zawarcie Umowy Ubezpieczenia lub w dostarczonych Towarzystwu w terminie późniejszym pisemnych wnioskach lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

- Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia może przenieść na Ubezpieczonych prawo do wskazania funduszy, w których będzie inwestowany Udział Ubezpieczającego oraz prawo do określenia Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz,
- 2) środki pochodzące z Udziału Ubezpieczonego przeliczane są na jednostki funduszy zgodnie z określonym przez Ubezpieczonego w karcie rejestracyjnej lub w pisemnej deklaracji zmiany Procentu Udziału Przypadającego na Fundusze,
 - 3) liczba jednostek danego funduszu dopisywanych do Rachunku obliczana jest poprzez podzielenie wartości odpowiedniego Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz przez Cenę Netto jednostki tego funduszu z pierwszego dnia roboczego następującego po dacie uznania środków na rachunku Towarzystwa pod warunkiem otrzymania wykazu zgodnie z § 5 oraz pod warunkiem opłacenia Składki za Umowę dodatkową zgodnie z przesłanym wykazem. W przypadku niespełnienia warunków wymienionych w zdaniu poprzedzającym Udział zostanie przeliczony na jednostki niezwłocznie według Ceny Netto jednostki z pierwszego dnia roboczego następującego po otrzymaniu wykazu lub po otrzymaniu pisemnego wyjaśnienia dotyczącego rozbieżności pomiędzy otrzymanym wykazem a wpłaconą Składką,
 - 4) w przypadku płatności pierwszej Składki za Umowę dodatkową zakup jednostek nastąpi według Ceny Netto jednostki z pierwszego dnia roboczego następującego po późniejszej z następujących dat:
 - a) dacie uznania rachunku Towarzystwa kwotą pierwszej Składki za Umowę dodatkową,
 - b) dacie wejścia w życie Umowy dodatkowej, pod warunkiem otrzymania wykazu zgodnie z § 5 oraz pod warunkiem opłacenia Składki za Umowę dodatkową zgodnie z przesłanym wykazem. W przypadku niespełnienia warunków wymienionych w zdaniu poprzedzającym Udział zostanie przeliczony na jednostki niezwłocznie według Ceny Netto jednostki z pierwszego dnia roboczego następującego po otrzymaniu wykazu lub po otrzymaniu pisemnego wyjaśnienia dotyczącego rozbieżności pomiędzy otrzymanym wykazem a wpłaconą Składką.
2. Potrącenia jednostek (umorzenie jednostek):
 - 1) z tytułu administrowania Rachunkiem Towarzystwo będzie pobierać opłatę administracyjną, która składa się z części stałej oraz części zmiennej określonej jako procent od Wartości Rachunku,
 - 2) wysokość opłaty administracyjnej określa Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia. Opłata ta po przeliczeniu na jednostki, według Ceny Netto jednostki, zostanie potrącona z Rachunku, obciążając każdy z funduszy proporcjonalnie do jego udziału w Wartości Rachunku,
 - 3) pierwsze potrącenie opłaty nastąpi w dniu, w którym jednostki zostały po raz pierwszy dopisane do Rachunku według Ceny Netto jednostki z daty objęcia Ubezpieczonego Umową dodatkową. Kolejne potrącenia będą dokonywane co miesiąc, w dniu odpowiadającym dacie objęcia Ubezpieczonego Umową dodatkową. Gdy dzień ten będzie dniem wolnym od pracy, operacja ta zostanie przeprowadzona w najbliższym następującym po nim dniu roboczym.
 3. Towarzystwo będzie także prowadziło na Rachunku wszelkie inne operacje, które zostały opisane w niniejszych Warunkach. Zwiększenie (zakup) lub zmniejszenie (umorzenie) liczby jednostek na Rachunku dokonywane jest według Ceny Netto jednostki na dzień operacji, o ile inne postanowienia Umowy dodatkowej nie stanowią inaczej.
 4. Wysokość opłaty administracyjnej może wzrosnąć co najwyżej o wskaźnik równy większemu z następujących wskaźników: wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych (inflacji) lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Wskaźnik ten jest ustalany dla okresu od dnia ostatniej zmiany wysokości opłaty do dnia, w którym ustalona została nowa wysokość. Zmiany te nie stanowią zmiany Umowy. W tym przypadku Towarzystwo jest zobowiązane do poinformowania Ubezpieczającego o tych zmianach.
 5. Po upływie każdego Roku Ubezpieczenia Towarzystwo potwierdzi Wartość Rachunków każdego z Ubezpieczonych.

Wpłata dodatkowa § 7

Ubezpieczający oraz Ubezpieczony mają prawo do dokonania wpłaty dodatkowej, po uprzednim pisemnym powiadomieniu i po potwierdzeniu przez Towarzystwo. Minimalną wysokość wpłaty dodatkowej określa Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia. Wpłata dodatkowa zostanie przeznaczona w całości (100% alokacji) na zakup jednostek zgodnie z wyborem funduszy oraz wskazaniem Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz dokonanym odpowiednio przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego zgodnie z zasadami określonymi w § 6 ust. 1 pkt 1).

Dla każdego funduszu liczba jednostek dopisywanych do Rachunku jest obliczana poprzez podzielenie procentu wpłaty dodatkowej przypadającej na ten fundusz przez Cenę Netto jednostki tego funduszu z pierwszego dnia roboczego następującego po późniejszej z dat:

- a) dacie uznania rachunku Towarzystwa kwotą wpłaty dodatkowej,
- b) dacie wpływu do Towarzystwa pisemnego powiadomienia o opłaceniu wpłaty dodatkowej.

Zmiana ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego § 8

1. W trakcie obowiązywania niniejszej Umowy dodatkowej Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą dokonać przeniesienia całości lub części środków pochodzących odpowiednio z Udziału Ubezpieczającego lub z Udziału Ubezpieczonego do innego funduszu zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia oraz po uprzednim przekazaniu do biura głównego Towarzystwa pisemnego

- wniosku na formularzu Towarzystwa lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Wniosek złożony przez Ubezpieczonego powinien być podpisany zgodnie z podpisem wzorcowym będącym w posiadaniu Towarzystwa.
2. Jeżeli zgodnie z zapisami § 6 ust. 1 pkt 1) Ubezpieczający dokonał przeniesienia na Ubezpieczonego prawa do wskazania funduszy, w których inwestowany będzie Udział Ubezpieczającego, prawo do przeniesienia środków pochodzących z tego Udziału przysługiwać będzie Ubezpieczonemu.
 3. W przypadku przeniesienia całości lub części środków zgromadzonych w danym funduszu kapitałowym do innego funduszu Towarzystwo dokona umorzenia odpowiedniej liczby jednostek i przeznaczy kwotę powstałą w wyniku powyższej operacji na zakup jednostek innych funduszy zgodnie ze wskazaniem odpowiednio Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
 4. Obie transakcje zostaną dokonane w tym samym czasie w oparciu o Ceny Netto jednostek obowiązujące w dniu przeprowadzenia zmiany, w ciągu 7 dni roboczych, licząc od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.
 5. W przypadku niedotrzymania terminu podanego w punkcie 4 powyżej Towarzystwo przeprowadzi tę operację w oparciu o Ceny Netto jednostek obowiązujące siódmego dnia roboczego, licząc od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.
 6. Opłata związana ze zmianą funduszu, określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, po przeliczeniu na jednostki zostanie potrącona z Rachunku proporcjonalnie do udziału każdego docelowego funduszu w kwocie transferowanej. W przypadku jednoczesnej zmiany kilku funduszy Towarzystwo pobiera z Rachunku jedną opłatę określoną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

Zmiana Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz § 9

1. W trakcie obowiązywania niniejszej Umowy dodatkowej Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą dokonać zmiany Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz w odniesieniu odpowiednio do Udziału Ubezpieczającego lub Udziału Ubezpieczonego zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia oraz po uprzednim przekazaniu do biura głównego Towarzystwa pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Wniosek złożony przez Ubezpieczonego powinien być podpisany zgodnie z podpisem wzorcowym będącym w posiadaniu Towarzystwa. Suma Procentów Udziału Przypadających na Fundusze musi się równać 100% zarówno dla Udziału Ubezpieczającego, jak i Udziału Ubezpieczonego.
2. Jeżeli zgodnie z zapisami § 6 ust. 1 pkt 1) Ubezpieczający dokonał przeniesienia na Ubezpieczonego prawa do wskazania funduszy, w których inwestowany będzie Udział Ubezpieczającego, prawo do zmiany Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz w odniesieniu do tego Udziału przysługiwać będzie Ubezpieczonemu.
3. Rejestracja wniosku o zmianę Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz nastąpi w ciągu 7 dni roboczych, licząc od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.
4. Począwszy od najbliższej składki zaksięgowanej na Rachunku po dacie rejestracji wniosku o zmianę Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz, Udziały Ubezpieczającego i Ubezpieczonego będą przeliczane na jednostki nowych funduszy.
5. Opłata związana ze zmianą Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz, określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, po przeliczeniu na jednostki zostanie potrącona z Rachunku proporcjonalnie do udziału każdego funduszu w Wartości Rachunku na dzień przeprowadzenia zmiany.

Wyplata środków § 10

1. Datą wymagalności świadczeń jest data uzyskania przez Ubezpieczonego uprawnień emerytalnych albo wcześniejszych uprawnień emerytalnych przewidzianych powszechnym systemem ubezpieczeń społecznych albo uprawnień do świadczenia rentowego z tytułu niezdolności do pracy w razie orzeczenia właściwego organu. Ubezpieczający powiadomi Towarzystwo na piśmie nie później niż do daty wymagalności świadczeń o dokonaniu przez Ubezpieczonego wyborze wariantu wypłaty Świadczenia będącego w aktualnej ofercie Towarzystwa. W przypadku innym niż wypłata jednorazowa warunki wypłaty Świadczenia określi odrębna umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczonym i Towarzystwem.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu Wartość Rachunku w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
3. W przypadku wygaśnięcia uprawnień do ubezpieczenia przed Datą wymagalności świadczenia lub w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przed wygaśnięciem uprawnień do ubezpieczenia Ubezpieczony ma prawo do wypłaty Wartości Rachunku zgodnie z postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.
4. Wypłata 100% Wartości Rachunku przed wygaśnięciem uprawnień do ubezpieczenia jest równoznaczna z rezygnacją z ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej.
5. Wypłata środków w związku z rezygnacją z ubezpieczenia przed wygaśnięciem uprawnień do ubezpieczenia skutkuje utratą prawa do ponownego objęcia ubezpieczeniem w przyszłości.
6. Towarzystwo wypłaci środki zgodnie z warunkami określonymi w punkcie 1 i 3 pod warunkiem dostarczenia przez Ubezpieczonego pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Wniosek złożony przez Ubezpieczonego powinien być podpisany zgodnie z podpisem wzorcowym będącym w posiadaniu Towarzystwa. W takim przypadku Towarzystwo dokona

umorzenia jednostek każdego z funduszy w ciągu 7 dni roboczych, licząc od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.

7. W przypadku niedotrzymania terminu podanego w punkcie 6 powyżej Towarzystwo przeprowadzi tę operację w oparciu o Ceny Netto jednostek obowiązujące siódmego dnia roboczego, licząc od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.
8. Wartość Rachunku zostanie przekazana zgodnie z dyspozycją Ubezpieczonego niezwłocznie, nie później niż w terminie siedmiu dni roboczych od daty umorzenia jednostek.
9. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Odstąpienie od Umowy dodatkowej § 11

W przypadku odstąpienia od Umowy dodatkowej zgodnie z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu:

1. wartość Rachunków obliczoną w oparciu o Ceny Netto jednostek obowiązujące w dniu realizacji wniosku o odstąpienie od Umowy dodatkowej oraz
2. różnicę pomiędzy składką opłaconą z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej a wysokością udziałów.

Zwrot kwoty określonej powyżej nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy dodatkowej.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej § 12

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) za wypowiedzeniem przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień najbliższej rocznicy Umowy dodatkowej następującej po dacie doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu,
 - 2) z upływem okresu prolongaty w przypadku niezapłacenia składki w Terminie wymagalności, jeżeli Ubezpieczający nie ureguluje zaległej składki w dodatkowym terminie siedmiu dni od dnia doręczenia mu wezwania zawierającego pouczenie o skutkach uchylecia się od zapłaty, lecz nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie siedmiu dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania, o którym mowa w niniejszym punkcie,
 - 3) z dniem rozwiązania Umowy podstawowej.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 pkt 2) Umowę dodatkową uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
3. Obowiązek opłacania składek przez Ubezpieczającego ustaje z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej.

Opłata z tytułu rozwiązania Umowy dodatkowej § 13

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego Towarzystwo potrąci z Rachunków opłatę stanowiącą procent od Wartości Rachunków zgodnie z poniższą tabelą:

Data rozwiązania Umowy dodatkowej	Opłata
w 1. roku obowiązywania Umowy dodatkowej	5%
w 2. roku obowiązywania Umowy dodatkowej	4%
w 3. roku obowiązywania Umowy dodatkowej	3%
w 4. roku obowiązywania Umowy dodatkowej	2%
w 5. roku obowiązywania Umowy dodatkowej	1%
po 5. roku obowiązywania Umowy dodatkowej	0% Wartości Rachunków

Powyższa opłata po przeliczeniu na jednostki zostanie potrącona z Rachunków, obciążając każdy z funduszy proporcjonalnie do jego udziału w Wartości Rachunku.

Przeniesienie środków zgromadzonych na Rachunkach § 14

1. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej, na pisemny wniosek Ubezpieczającego, który jednocześnie wyraził wolę przeniesienia środków do innej, wskazanej instytucji finansowej, Towarzystwo przeniesie do niej Wartość Rachunków pomniejszoną o opłatę określoną w § 13.
2. Poczynając od dnia rozwiązania Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Świadczenia, które były należne przed tym dniem.
3. Przeniesienie środków zostanie dokonane w terminie 30 dni od daty rozwiązania Umowy dodatkowej i będzie jednoznaczne z wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa wynikającej z Umowy dodatkowej wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonych. Jeżeli Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa dodatkowe warunki dotyczące terminu wypłaty Wartości Rachunku, na którym gromadzone były jed-

nostki pochodzące z Udziału Ubezpieczającego, to warunki te mają zastosowanie również w przypadku opisanym w niniejszym paragrafie.

Likwidacja Rachunków w następstwie rozwiązania Umowy dodatkowej § 15

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej i złożenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego pisemnego wniosku o likwidację Rachunków Ubezpieczonemu przysługiwać będzie wypłata Wartości Rachunku pomniejszona o opłatę określoną w § 13. Wypłata zostanie dokonana w terminie 30 dni od daty zakończenia okresu wypowiedzenia oraz daty otrzymania dyspozycji Ubezpieczonego o sposobie przekazania środków. Jeżeli Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa dodatkowe warunki dotyczące terminu wypłaty Wartości Rachunku, na którym gromadzone były jednostki pochodzące z Udziału Ubezpieczającego, to warunki te mają zastosowanie również w przypadku opisanym w niniejszym paragrafie.

Skutki braku oświadczenia o zadysponowaniu środkami zgromadzonymi na Rachunkach § 16

Jeżeli Ubezpieczający nie doręczy Towarzystwu pisemnej decyzji o przeniesieniu środków i sposobie ich przekazania lub o likwidacji Rachunków, Rachunki będą prowadzone tak długo, jak łączna wartość potrąceń wyszczególnionych w § 6 będzie niższa niż Wartość Rachunków, jednak nie dłużej niż do dnia najwcześniejszego z wymienionych zdarzeń:

- a) gdy łączna wartość potrąceń wyszczególnionych w § 6 jest większa niż lub równa Wartości Rachunków lub
- b) doręczenia Towarzystwu pisemnego wniosku o przeniesienie środków zgodnie z § 14 niniejszych Warunków, lub
- c) doręczenia Towarzystwu pisemnego wniosku Ubezpieczającego o likwidację Rachunków zgodnie z § 15 niniejszych Warunków.

Wszelkie opłaty określone w § 6 będą naliczane przez cały czas prowadzenia Rachunków.

Częściowa wypłata § 17

1. Jeśli tak przewiduje Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia, Ubezpieczony może dokonać częściowej wypłaty zgodnie z warunkami określonymi w tej Umowie dodatkowej pod warunkiem dostarczenia pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Wniosek złożony przez Ubezpieczonego powinien być podpisany zgodnie z podpisem wzorcowym będącym w posiadaniu Towarzystwa.
2. Częściowa wypłata spowoduje umorzenie jednostek funduszy zgromadzonych na Rachunku zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego we wniosku o wykup.
3. Towarzystwo dokona umorzenia jednostek wskazanych funduszy w ciągu siedmiu dni roboczych, licząc od daty wpłynięcia skutecznego wniosku do Towarzystwa, według Cen Netto jednostek obowiązujących w dniu umorzenia.
4. W przypadku niedotrzymania terminu podanego w punkcie 3 powyżej Towarzystwo dokona umorzenia jednostek niezwłocznie w oparciu o Ceny Netto jednostek obowiązujące siódmego dnia roboczego, licząc od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.
5. Kwota, jaka zostanie wypłacona, to wartość częściowej wypłaty pomniejszona o opłatę z tytułu wypłaty określoną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia. Opłaty i potrącenia z tytułu częściowej wypłaty mają zastosowanie do poszczególnych funduszy proporcjonalnie do ich udziału w wartości częściowej wypłaty. Wartość częściowej wypłaty zostanie przekazana zgodnie z dyspozycją Ubezpieczonego niezwłocznie, nie później niż w terminie siedmiu dni roboczych od daty umorzenia jednostek.
6. Wypłata 100% Wartości Rachunku przed wygaśnięciem uprawnienia do ubezpieczenia jest równoznaczna z rezygnacją z ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej. W takim przypadku zastosowanie ma § 10 ust. 5.

Zmiana Warunków § 18

W określonych poniżej sytuacjach Warunki oraz Regulamin mogą być z ważnych przyczyn zmienione w drodze uchwały Zarządu Towarzystwa. Ważną przyczyną jest zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa dotyczących niniejszej Umowy dodatkowej oraz zmiana warunków świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w wyniku wydania:

- a) wiążących Towarzystwo zaleceń lub decyzji przez organ nadzoru lub przez inny organ administracji publicznej,
- b) orzeczenia o utracie mocy obowiązującej aktu normatywnego w całości lub części przez Trybunał Konstytucyjny,
- c) orzeczenia przez Sąd Najwyższy, Naczelny Sąd Administracyjny, sąd powszechny, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Zmiany te nie stanowią zmiany Umowy. W tym przypadku Towarzystwo jest zobowiązane do poinformowania Ubezpieczającego o tych zmianach, a Ubezpieczający ma możliwość wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia w najbliższym możliwym terminie.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku


Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa


Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Nasz Fundusz

Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych

Artykuł 1. Opis

W ramach niniejszej Umowy dodatkowej oferowane są wymienione niżej ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, zwane dalej „UFK”, utworzone przez Towarzystwo na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej w celu lokowania składek wpłaconych z tytułu Umów Ubezpieczenia zawartych przez Towarzystwo. UFK stanowią wydzieloną część aktywów Towarzystwa. Celem UFK jest wzrost wartości jego aktywów. Wartość aktywów UFK jest zmienna i zależy od sytuacji rynkowej, tym samym UFK nie oferują gwarantowanych zysków, a ryzyko inwestycyjne leży po stronie Ubezpieczonego. W ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych mogą być oferowane różne typy jednostek. Typ jednostki oferowany w ramach danej Umowy Ubezpieczenia określony jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

UFK OBLIGACYJNY (OBLIGACYJNY)

Celem inwestycyjnym Funduszu jest osiągnięcie długoterminowego wzrostu kapitału poprzez konserwatywne inwestowanie powierzonych środków. Aktywa Funduszu są lokowane w obligacje (80%-100%) i w krótkoterminowe papiery dłużne oraz depozyty bankowe (0%-20%). W ramach powyższej alokacji Fundusz może zainwestować do 30% aktywów w zagraniczne papiery wartościowe.

UFK STABILNEGO WZROSTU (STABILNEGO WZROSTU)

Celem inwestycyjnym Funduszu jest osiągnięcie długoterminowego wzrostu kapitału poprzez inwestowanie powierzonych środków w instrumenty finansowe o zróżnicowanym poziomie ryzyka. Aktywa Funduszu są lokowane w akcje (20%-40%), obligacje (40%-60%) i krótkoterminowe papiery dłużne oraz depozyty bankowe (0%-40%).

W ramach powyższej alokacji Fundusz może zainwestować do 30% aktywów w zagraniczne papiery wartościowe.

UFK DYNAMICZNY (DYNAMICZNY)

Celem inwestycyjnym Funduszu jest osiągnięcie długoterminowego wzrostu kapitału poprzez inwestowanie w instrumenty finansowe charakteryzujące się dużym potencjałem wzrostu i podwyższonym ryzykiem inwestycyjnym. Aktywa Funduszu są lokowane w akcje (60%-80%), obligacje i krótkoterminowe papiery dłużne oraz depozyty bankowe (20%-40%).

W ramach powyższej alokacji Fundusz może zainwestować do 30% aktywów w zagraniczne papiery wartościowe.

UFK PIENIĘŻNY (PIENIĘŻNY)

Celem inwestycyjnym Funduszu jest osiągnięcie stopy zwrotu wyższej niż w przypadku krótkoterminowych lokat bankowych. Fundusz charakteryzuje się bardzo niskim ryzykiem inwestycyjnym. Aktywa Funduszu lokowane są w instrumenty krótkoterminowe z okresem zapadalności nie dłuższym niż 1 rok: obligacje oraz inne instrumenty rynku pieniężnego (70%-100%), przy czym zaangażowanie w bony, obligacje i instrumenty rynku pieniężnego emitowane przez Skarb Państwa wynosi od 40% do 100% portfela Funduszu, do 30% wartości aktywów Funduszu może być lokowane w depozyty bankowe oraz w gotówkę.

Artykuł 2. Aktywa Funduszy i ich wycena

Wartość lokat wchodzących w skład aktywów funduszy będzie ustalana według wartości godziwej zdefiniowanej następująco:

Wartość godziwa – ma znaczenie określone w ustawie z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości, w art. 28 ust. 6. W praktyce oznacza to następujące metody wyceny dla poszczególnych instrumentów finansowych:

- akcje, obligacje lub inne instrumenty finansowe – po cenie ustalonej w aktywnym obrocie regulowanym (przez Giełdę Papierów Wartościowych S.A. lub inną wiarygodną instytucję finansową),
- obligacje i inne dłużne papiery nienotowane lub których cena giełdowa jest niewiarygodna – na podstawie ceny podobnego instrumentu finansowego, publicznie ogłoszonej, notowanej w aktywnym obrocie regulowanym bądź z zastosowaniem właściwego modelu wyceny z danymi wejściowymi pochodzącymi z aktywnego obrotu regulowanego.

Wartość aktywów netto funduszu jest to wartość aktywów pomniejszona o zobowiązania tego funduszu. Zmiana wartości aktywów netto funduszu wynikająca z działalności inwestycyjnej jest dzielona na poszczególne typy jednostek tego funduszu proporcjonalnie do wartości aktywów netto przypadających na dany typ jednostki, które były podstawą poprzedniej wyceny jednostek.

Artykuł 3. Kryteria doboru aktywów

- Inwestycje funduszy w dłużne papiery wartościowe są podejmowane na podstawie analiz dotyczących w szczególności:

- bieżącego oraz przewidywanego poziomu rynkowych stóp procentowych,
 - ryzyka kredytowego odnoszącego się do emitentów poszczególnych papierów wartościowych,
 - płynności poszczególnych papierów wartościowych.
- Inwestycje funduszy w akcje są podejmowane na podstawie analiz dotyczących w szczególności:
 - udziału akcji w indeksach giełdowych,
 - porównania wyceny akcji na podstawie analizy fundamentalnej do bieżących cen rynkowych,
 - płynności akcji.
 - Dokładny udział lokat aktywów funduszy w dłużne papiery wartościowe i akcje będzie uzależniony od decyzji podejmowanych przez fundusze na podstawie analiz dotyczących w szczególności:
 - relatywnej wyceny poszczególnych klas aktywów,
 - przewidywań odnośnie do rozwoju sytuacji na rynku akcji i dłużnych papierów wartościowych w przyszłości.
 - Inwestycje funduszy w papiery wartościowe denominowane w walutach obcych są podejmowane również na podstawie analiz dotyczących ryzyka kursowego tych walut.

Artykuł 4. Obliczanie ceny netto jednostki

- Cena Netto jednostki poszczególnych typów dla każdego UFK jest obliczana w dniu wyceny jednostki. Dniem wyceny jednostki jest każdy dzień roboczy Towarzystwa.
- Cena Netto jednostki danego typu w dniu, w którym nastąpiło pierwsze zbycie tejże jednostki, będzie równa łącznej wartości aktywów netto funduszu (sumie aktywów netto przypadających na wszystkie typy jednostek funduszu) podzielonej przez łączną liczbę jednostek funduszu (sumę jednostek wszystkich typów), które były podstawą poprzedniej wyceny jednostek.
- Cena Netto jednostki danego typu jest równa wartości aktywów netto UFK, przypadających na dany typ jednostki w ostatnim dniu roboczym poprzedzającym dzień wyceny jednostki, podzielonej przez liczbę jednostek danego typu tego funduszu, w ostatnim dniu roboczym poprzedzającym dzień wyceny jednostki. Wartość aktywów każdego UFK jest wyliczana zgodnie z art. 2 niniejszego Regulaminu.
- Dniem utworzenia UFK był dzień:
 - 1.06.2001 roku dla UFK Obligacyjnego, UFK Stabilnego Wzrostu oraz UFK Dynamicznego,
 - 15.12.2009 roku dla UFK Pieniężnego.Cena Netto jednostki dla każdego funduszu na dzień, o którym mowa powyżej, została ustalona następująco, przy czym podane niżej ceny dotyczą jednostek typu podstawowego:
 - UFK Obligacyjny – 10,00 złotych,
 - UFK Stabilnego Wzrostu – 10,00 złotych,
 - UFK Dynamiczny – 10,00 złotych,
 - UFK Pieniężny – 10,00 złotych.

Artykuł 5. Koszty UFK

- Oplaty za zarządzanie
Towarzystwo będzie pobierać z tytułu zarządzania funduszami opłaty w skali rocznej od wartości aktywów poszczególnych funduszy, przypadających na dany typ jednostki w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia. Oplata za zarządzanie naliczana jest w każdym dniu wyceny, odrębnie dla każdego funduszu i typu jednostki, od wartości aktywów netto tego funduszu przypadających na dany typ jednostki, która była podstawą poprzedniej wyceny jednostki. Oplata za zarządzanie jest określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Pozostałe koszty związane z inwestowaniem
Z aktywów funduszu pokrywane są w szczególności opłaty związane z przechowywaniem i lokowaniem aktywów funduszu pobierane przez banki i podmioty prowadzące działalność maklerską, odsetki od zaciągniętych przez fundusz kredytów i pożyczek oraz podatki i opłaty wynikające z przepisów prawa.

Artykuł 6. Podział zysku

Dochody osiągnięte w wyniku dokonanych inwestycji, po zaplaceniu należnych podatków, powiększają wartość aktywów każdego UFK, jak również zwiększają wartość jednostek.

Artykuł 7. Likwidacja funduszu

- UFK może ulec rozwiązaniu. Jego rozwiązanie następuje po przeprowadzeniu likwidacji. Od dnia rozpoczęcia likwidacji UFK zaprzestaje zbywania jednostek ubezpieczeniowych danego UFK.

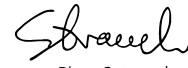
2. Towarzystwo w terminie nie krótszym niż 45 dni przed dniem rozpoczęcia likwidacji UFK powiadomi pisemnie Ubezpieczonego za pośrednictwem Ubezpieczającego o tym fakcie, wskazując termin na złożenie dyspozycji dokonania zmiany UFK lub zmiany podziału składki inwestowanej pomiędzy UFK w części dotyczącej likwidowanego UFK.
3. Jeżeli Ubezpieczeni, którzy posiadają środki w likwidowanym UFK, nie dokonają jego zmiany na inny UFK w terminie podanym w piśmie, o którym mowa w punkcie 2 powyżej, wówczas Towarzystwo przekaże środki z likwidowanego UFK do

innego UFK, którego strategia inwestycyjna spośród wszystkich UFK oferowanych w ramach Umowy jest najbardziej zbliżona do likwidowanego UFK. Towarzystwo potwierdzi fakt dokonania takiej zmiany na piśmie. Jeżeli po rozpoczęciu likwidacji UFK Ubezpieczony złoży dyspozycję zmiany na UFK będący w trakcie likwidacji, wówczas Towarzystwo odmówi dokonania wnioskowanej zmiany, o czym poinformuje Ubezpieczonego na piśmie.

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa



MetLife®

Ubezpieczenia, Emerytury, Inwestycje.

MetLife, Inc. poprzez swoje spółki zależne i stowarzyszone („MetLife”), jest jedną z największych firm ubezpieczeniowych na świecie.

Istnieje od 1868 roku i jest wiodącą światową firmą oferującą ubezpieczenia na życie, renty kapitałowe, świadczenia pracownicze i usługi zarządzania aktywami. Obsługuje prawie 100 milionów klientów, prowadzi działalność w blisko 50 krajach i zajmuje wiodącą pozycję na rynkach w Stanach Zjednoczonych, Japonii, Ameryce Łacińskiej, Azji, Europie i na Bliskim Wschodzie.

Więcej informacji na stronie www.metlife.com.

W Polsce działamy od 1990 roku. Oferujemy szeroki zakres ubezpieczeń: na życie, na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, ubezpieczenia posagowe, wypadkowe i chorobowe, jako ubezpieczenia indywidualne i grupowe.

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

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

Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 50 70
© MetLife TUnŻiR S.A., 2014 PEANUTS © 2014 Peanuts Worldwide

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