

CZĘŚĆ I ZAPISY OGÓLNE

ARTYKUŁ 1. DEFINICJE

Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- AGENT** – Santander Consumer Bank Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu (53-611) przy ul. Strzegomskiej 42c,
- BIURO GŁÓWNE TOWARZYSTWA** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie (00-450) przy ul. Przemysłowej 26,
- DATA ZAWARCIA UMOWY** – datę podpisania Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień Części I artykułu 3 ustępu 3 OWU, stanowiącą jednocześnie datę wejścia w życie Umowy,
- NIEPOCZYŃALNOŚĆ** – stan, w którym Ubezpieczony nie ma możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych,
- NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK** – niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, rezultatem którego jest uszkodzenie ciała Ubezpieczonego,
- OCHRONA PODSTAWOWA** – ubezpieczenie na życie,
- OCHRONA DODATKOWA** – ubezpieczenie na wypadek Trwałego inwalidztwa wskutek Niez szczęśliwego wypadku,
- OKRES UBEZPIECZENIA** – okres od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do daty jej wygaśnięcia, nie dłuższy niż jeden (1) rok,
- OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia,
- PASAŻERSKIE LICENCJONOWANE LINIE LOTNICZE** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
- PODPIS WZORCOWY** – zawarty w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia podpis Ubezpieczonego stanowiący wzór, z jakim będą porównywane podpisy pod późniejszymi wnioskami i oświadczeniami,
- REKLAMACJA** – każde wystąpienie Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, kierowane do Towarzystwa, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo,
- SKŁADKA** – kwotę wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jaką Ubezpieczony jest zobowiązany wpłacić Towarzystwu z tytułu Umowy,
- SUMA UBEZPIECZENIA** – kwotę wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, która określa maksymalne zobowiązanie Towarzystwa w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- SZCZEGÓŁOWA UMOWA UBEZPIECZENIA** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie Umowy oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego,
- TOWARZYSTWO** – MetLife Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie,
- TRWAŁE INWALIDZTWO** – nie mniejsze niż 30% uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w wyniku jednego (tego samego) niez szczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie narządu lub kończyny, wymienione w tabeli inwalidztwa, która stanowi załącznik do OWU,
- UBEZPIECZONY** – osobę, która zawarła z Towarzystwem Umowę i zobowiązana jest do opłacenia Składki oraz której życie lub zdrowie jest przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy, przy czym – w rozumieniu Umowy – oznacza jednocześnie Ubezpieczającego,
- UMOWA** – umowę ubezpieczenia, na którą składają się postanowienia OWU, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczonego oraz Towarzystwa załączone do niej i stanowiące jej integralną część,
- UPOSAŻONY** – osobę wyznaczoną przez Ubezpieczonego na piśmie jako uprawnioną do świadczenia przewidzianego Umową, na wypadek Śmierci Ubezpieczonego. W przypadku niewskazania Uposażonego przez Ubezpieczonego osobą uprawnioną do świadczenia jest małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka Ubezpieczonego świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka i dzieci Ubezpieczonego świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców Ubezpieczonego świadczenie to zostanie wypłacone osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego,
- ZAWODY Z UŻYCIEM POJAZDÓW KOŁOWYCH** – rywalizację o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowaną na uzyskanie, przez osoby uczestniczące, optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada,
- ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** – następujące zdarzenia objęte ochroną w ramach Umowy, które zaszyły po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej Umową i przed jej wygaśnięciem:
 - Śmierć Ubezpieczonego (Ochrona podstawowa),
 - Trwałe inwalidztwo wskutek Niez szczęśliwego wypadku (Ochrona dodatkowa).

ARTYKUŁ 2. KWALIFIKACJA DO UBEZPIECZENIA

- Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy może zostać objęty Ubezpieczony, który w Dacie zawarcia Umowy ukończył osiemnasty (18) rok życia i nie ukończył siedemdziesiątego piątego (75) roku życia.
- Zawarcie Umowy przed ukończeniem osiemnastego (18) roku życia lub po ukończeniu siedemdziesiątego piątego (75) roku życia przez Ubezpieczonego jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej Składki.

ARTYKUŁ 3. POCZĄTEK OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej jest dzień wystąpienia najpóźniejszego ze zdarzeń:
 - następny dzień po Dacie zawarcia Umowy,
 - data opłacenia Składki,
 z zastrzeżeniem punktu 3 poniżej.
- Umowa zostaje zawarta w dniu podpisania przez Ubezpieczonego i Agenta Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem punktu 3 poniżej.
- Jeżeli Ubezpieczony jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (zwaną dalej PEP) w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu Umowa nie zostaje zawarta na skutek podpisania przez Ubezpieczonego i Agenta Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i opłacenia Składki, a ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się. Zawarcie Umowy z Ubezpieczonym będącym PEP następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd lub Członka Zarządu Towarzystwa. Ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego będącego PEP rozpoczyna się w dniu wystąpienia najpóźniejszego ze zdarzeń:
 - następnego dnia po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd lub Członka Zarządu Towarzystwa,
 - w dacie opłacenia Składki.

ARTYKUŁ 4. ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA (WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA)

- Ubezpieczony ma prawo do odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni od Daty jej zawarcia. W przypadku odstąpienia Ubezpieczonego od Umowy, Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu, za pośrednictwem Agenta, zapłaconą Składkę. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego o odstąpieniu od Umowy.
- Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej (wypowiedzenia Umowy) w każdym czasie w trakcie jej trwania, po upływie 30 dni od Daty jej zawarcia, poprzez złożenie Towarzystwu - bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta - pisemnego oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej (wypowiedzeniu Umowy). Umowa, a wraz z nią ochrona ubezpieczeniowa, wygasa z upływem dnia złożenia oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej (wypowiedzeniu Umowy) Agentowi lub Towarzystwu. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu, za pośrednictwem Agenta, Składkę za niewykorzystany Okres ubezpieczenia proporcjonalnie do liczby niewykorzystanych dni ochrony.

ARTYKUŁ 5. OPŁACANIE SKŁADEK

- Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, Okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonego, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
- Składka płatna jest za cały Okres ubezpieczenia z góry.
- Ubezpieczony jest zobowiązany do zapłaty Towarzystwu Składki w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Datą opłacenia Składki jest dzień przekazania Składki Agentowi przez Ubezpieczonego.

ARTYKUŁ 6. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

- Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia podpisanego zgodnie z Podpisem wzorcowym zawartym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Zmiana Uposażonego dochodzi do skutku w chwili otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1 niniejszego artykułu, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
- Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

ARTYKUŁ 7. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

- Osoba zgłaszająca roszczenie powinna niezwłocznie powiadomić telefonicznie lub na piśmie Towarzystwo o Zdarzeniu ubezpieczeniowym stanowiącym podstawę wypłaty świadczeń.
- Towarzystwo – po otrzymaniu powiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania powiadomienia doręczy osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie, niżej wymienione formularze. Formularze te są także dostępne na stronie internetowej Towarzystwa (www.metlife.pl). Przekazanie do Towarzystwa przez osobę zgłaszającą roszczenie wypełnionych, niżej wymienionych formularzy i dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu niniejszej Umowy oraz odpowiedzialności Towarzystwa.
- W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, określonych poniżej:
 - w przypadku Śmierci Ubezpieczonego:
 - kopii skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Uposażonego,
 - zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa - oświadczenie lekarza stwierdzającego zgon lub kopii statystycznej karty zgonu, lub innego niż wskazane w niniejszym ustępie dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - kopii jednego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych,
 - w przypadku, gdy Uposażonymi są osoby stanowiące krąg spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego inne niż

- małżonek, dzieci i rodzice - oświadczenie Uposażonego zawierające wskazanie wszystkich osób stanowiących krąg spadkobierców ustawowych;
- b) w przypadku Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku:
 - zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Ubezpieczonego,
 - zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie lekarza prowadzącego,
 - kopii dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie,
 - kopii protokołu powypadkowego z policji, dokumentacji z prokuratury, sądu, o ile Ubezpieczony jest w ich posiadaniu lub podanie adresu i nazwy podmiotu prowadzącego sprawę, o ile taka sprawa jest prowadzona,
 - w przypadku wypadków przy pracy – kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
 4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu poza granicami Polski, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
 5. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów, na koszt Towarzystwa.
 6. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo, po uprzednim wezwaniu do uzupełnienia dokumentów w wyznaczonym terminie i bezskutecznym upływie wyznaczonego terminu, może odmówić wypłaty świadczenia.
 7. Towarzystwo zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, na podstawie dokumentów związanych z dochodzonym roszczeniem.
 8. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie wskazanym w punkcie 7 niniejszego artykułu.
 9. W uzasadnionych wypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do występowania z wnioskami do policji, prokuratury, sądów, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji i osób o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

ARTYKUŁ 8. WYGAŚNIĘCIE UMOWY

1. Umowa wygasa z mocy niniejszego postanowienia z chwilą wystąpienia najwcześniejszego ze wskazanych poniżej zdarzeń:
 - a) z chwilą wypłaty świadczenia opisanego w Części II artykule 1,
 - b) z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony kończy 76 lat,
 - c) z upływem okresu, za jaki została opłacona Składka,
 - d) z upływem dnia, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej (wypowiedział Umowę),
 - e) jeżeli Ubezpieczony nie opłacił Składki w terminie 30 dni od Daty zawarcia Umowy,
 - f) Ubezpieczony został w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uznany za nieopracytalnego – z chwilą powstania stanu Nieopracytalności (w takim przypadku Towarzystwo zwróci Składkę za niewykorzystany Okres ubezpieczenia proporcjonalnie do liczby niewykorzystanych dni ochrony),
 - g) Ubezpieczony wstąpił lub został powołany do lądowych, powietrznych lub morskich sił zbrojnych albo do oddziałów pomocniczych lub cywilnych działających w strukturach armii jakiegokolwiek kraju będącego w stanie wojny – z dniem wybuchu lub ogłoszenia stanu wojny (w takim przypadku Towarzystwo zwróci Składkę za niewykorzystany Okres ubezpieczenia proporcjonalnie do liczby niewykorzystanych dni ochrony).
2. W przypadku wypłaty świadczenia opisanego w Części III artykule 2 punkcie 2 OWU lub w przypadku powstania obowiązku wypłaty świadczenia opisanego w Części III artykule 2 punkcie 1 OWU ochrona ubezpieczeniowa wygasa jedynie z tytułu Trwałego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

ARTYKUŁ 9. NIEPODWAŻALNOŚĆ UMOWY

Jeżeli Ubezpieczony podał dane niezgodne z prawdą lub zataił prawdę o okolicznościach, o które zapytywało Towarzystwo przy zawieraniu Umowy, Towarzystwo będzie wolne od odpowiedzialności z zastrzeżeniami przepisów Kodeksu cywilnego dotyczących umowy ubezpieczenia.

ARTYKUŁ 10. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

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

ARTYKUŁ 11. PODATKI

Wszelkie podatki związane z Umową powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2014 r., poz.851 j.t. z późn. zm.).

ARTYKUŁ 12. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową powinny być przekazywane pisemnie do Towarzystwa lub w innej formie uzgodnionej przez Towarzystwo z Ubezpieczonym lub Uposażonym.
2. Korespondencja do Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczonego lub Uposażonego lub w innej formie uzgodnionej przez Towarzystwo z Ubezpieczonym lub Uposażonym.

ARTYKUŁ 13. REKLAMACJE

1. Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy może złożyć Reklamację:
 - a) pisemnie na adres Towarzystwa: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem +48 22 523 52 64 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - d) osobiście w Biurze głównym Towarzystwa lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej Towarzystwa.
2. Każda Reklamacja złożona zgodnie z punktem 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.
4. O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na reklamację zostanie udzielona przez Towarzystwo w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.
6. Osoba fizyczna będąca Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy, może zwrócić się w sprawie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

ARTYKUŁ 14. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU, SPRAWOZDANIA

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

ARTYKUŁ 15. AKTUALIZACJA INFORMACJI

1. Ubezpieczony będący osobą fizyczną zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania PEP w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Podanie danych niezgodnych ze stanem faktycznym może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zmianie formy prawnej, zakresu prowadzonej działalności oraz zmianie kraju siedziby w celu wykonania przez Towarzystwo obowiązków wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

CZĘŚĆ II OCHRONA PODSTAWOWA

ARTYKUŁ 1. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić Uposażonemu z tytułu niniejszej Ochrony podstawowej świadczenie na wypadek Śmierci Ubezpieczonego w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jeżeli Śmierć Ubezpieczonego nastąpi w Okresie ubezpieczenia.

ARTYKUŁ 2. RYZYKO WOJENNE

1. Wojna oznacza w rozumieniu OWU zorganizowaną walkę zbrojną między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub operacje wojenne lub inwazję, wrogie działania obcych państw, działania własne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojnę domową, rebelię, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia, lub ogłoszenie lub wprowadzenie stanu wojennego lub wojny.
2. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową w czasie wojny, z zastrzeżeniem postanowień Części I artykułu 8 punktu g).
3. W czasie pokoju Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową również podczas służby wojskowej.

ARTYKUŁ 1. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia Ubezpieczonego.

ARTYKUŁ 2. ZAKRES OCHRONY

1. Miesięczne świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku

- 1.1. Towarzystwo wypłacać będzie Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Ochrony dodatkowej przez okres pięciu (5) lat, zgodnie z OWU, miesięczne świadczenie na wypadek Trwałego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jeżeli:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek Nieszczęśliwego wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa powyżej i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego były wspomniane wyżej fizyczne obrażenia ciała i
 - d) Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego trwało przez sześć (6) kolejnych miesięcy, licząc od dnia Nieszczęśliwego wypadku i w świetle aktualnej wiedzy medycznej nadal pozostaje Trwałym inwalidztwem nierokującym dalszej poprawy po zakończeniu tego okresu.
- 1.2. W przypadkach, dla których nie jest możliwe ostateczne orzeczenie trwałości inwalidztwa po upływie wspomnianego w punkcie 1.1.d) okresu sześciu (6) miesięcy, wypłata miesięcznego świadczenia, o którym mowa powyżej, rozpocznie się po zakończeniu pełnej rekonwalescencji oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa zgodnie z punktem 1.1. Wypłata miesięcznego świadczenia będzie obejmowała okres pięciu (5) lat liczony od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Trwałego inwalidztwa, z uwzględnieniem postanowienia punktu 1.3. poniżej.
- 1.3. Miesięczne świadczenie, na pisemny wniosek Ubezpieczonego, może być zamienione na jednorazową wypłatę jako suma należnych i niewypłaconych świadczeń miesięcznych.
- 1.4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego pozostała do wypłaty po dniu śmierci Ubezpieczonego suma miesięcznych świadczeń z tytułu niniejszej Ochrony dodatkowej zostanie wypłacona Uposażonemu. Należne Uposażonemu świadczenie zostanie wypłacone przez Towarzystwo jednorazowo.

2. Jednorazowe świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku

W przypadku przyznania świadczenia opisanego w punkcie 1 powyżej, Towarzystwo dodatkowo wypłaci Ubezpieczonemu z tytułu Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

ARTYKUŁ 3. BADANIE LEKARSKIE

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego i opłaconego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Trwałego inwalidztwa w rozumieniu OWU. Ubezpieczony jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania rozszereżeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią OWU.
2. Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej Ochrony dodatkowej zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku badań, o których mowa w punkcie 1 powyżej, o ile badania takie zostaną przeprowadzone.

ARTYKUŁ 4. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA Z TYTUŁU OCHRONY DODATKOWEJ

Wypłata nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały:

- a) jako skutek samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę przez osobę trzecią, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- b) w wyniku podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- c) w wyniku wojny, powstania, zamieszek, strajków, rozruchów społecznych albo w czasie działania niezgodnego z prawem, albo stawiania oporu w trakcie zatrzymania lub aresztowania, albo w wyniku pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy w charakterze członka Ochotniczej Straży Pożarnej, strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej,
- d) w wyniku promieniowania jądrowego lub wpływu energii jądrowej – bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania,
- e) na skutek działania trucizny, gazu, gazów spalinowych – bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania,
- f) w wyniku choroby, ułomności fizycznej lub psychicznej oraz medycznych lub chirurgicznych skutków jej leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyku, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skażenia lub zranienia),
- g) na skutek uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
- h) w wyniku jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
- i) na skutek wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

**TABELA INWALIDZTWA
STANOWIĄCA CZĘŚĆ INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
ORAZ NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
„OCHRONA PREMIUM”**

- 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
- całkowita strata jednej dłoni i jednej nogi
- całkowita strata obu nóg
- całkowita strata obu stóp

GŁOWA:

- strata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości na powierzchni 6 cm²
- częściowa strata dolnej szczęki, całej jej wznoszącej się części lub połowy kości szczękowej
- całkowita strata jednego oka
- całkowita głuchota jednego ucha

KOŃCZYNY GÓRNE:

- strata jednego ramienia lub jednej dłoni
- znaczny ubytek tkanki kostnej ramienia (uszkodzenie nieuleczalne i ostateczne)
- całkowity paraliż kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwów)
- usztywnienie barku
- usztywnienie łokcia w położeniu niekorzystnym
- rozległa strata tkanki kostnej obu kości przedramienia (uszkodzenie nieuleczalne i ostateczne)
- całkowite porażenie nerwu pośrodkowego
- całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku
- całkowita strata czterech palców łącznie z kciukiem
- całkowita strata czterech palców innych niż kciuk

KOŃCZYNY DOLNE:

- całkowita strata kończyny dolnej powyżej połowy uda
- całkowita strata kończyny dolnej poniżej połowy uda
- całkowita strata stopy (amputacja w okolicy piszczelowo-stępowej)
- częściowa strata stopy (amputacja w stawie skokowym)
- częściowa strata stopy (amputacja w środkowej części stępu)
- częściowa strata stopy (amputacja w okolicy stępowo-śródstopnej)
- całkowity paraliż dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)
- pełne porażenie nerwu strzałkowego
- pełne porażenie nerwu piszczelowego i strzałkowego
- usztywnienie stawu biodrowego
- ubytek tkanki kostnej kości udowej lub obu kości podudzia (stan nieuleczalny)
- ubytek tkanki kostnej rzepki ze znacznym rozsunieniem fragmentów i utrudnieniem prostowania kolana
- skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 5 cm

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Informacje dotyczące Ubezpieczenia na życie oraz od następstw nieszczęśliwego wypadku „Ochrona Premium”

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	część I art. 1 pkt 22 – str. 1 art. 7 – str. 2-3 część II art. 1 – str. 4 część III art. 1, art. 2 - str. 5
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	część II art. 2 str. 4 część III art. 4 – str. 5 Tabela Inwalidztwa
3. kosztów oraz innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	nie dotyczy