



## OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA (OWU) NR 9929KW15

Znajdujące się w ramach w treści OWU komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści OWU. Pełnią jedynie funkcję informacyjną.

### POMOC

Szanowni Państwo, w ramach umieszczonych w treści OWU pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najistotniejszych zagadnień. Mamy nadzieję, że SNOOPY – ambasador marki MetLife przybliży i objaśni Państwu trudne sformułowania użyte w OWU.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

#### WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kwestie dotyczące bezpośrednio umowy ubezpieczenia, które są kluczowe według postanowień prawa.



#### WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.



#### PRZYKŁAD

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



### § 1. WSTĘP

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Grupowej Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu (Ubezpieczający) i stanowią integralną część tej Umowy.

### § 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane z dużej litery oznaczają:

- Aktywność zawodowa** – prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej. Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby czasowo nieświadczące pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy lub przebywające na urloпах macierzyńskich lub płatnych urloпах wypoczynkowych.
- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
- Czasowa niezdolność do pracy** – wywołana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, wykonywanej na podstawie stosunku pracy lub do świadczenia usług na podstawie umowy cywilnoprawnej lub do prowadzenia własnej działalności gospodarczej.
- Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia** – oświadczenie woli składane przez Klienta, potwierdzające wolę przystąpienia do Ubezpieczenia.
- Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony Umowy kredytowej w dniu jej zawarcia.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych, pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą

przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.

- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę kredytową z Ubezpieczającym.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenie ciała.
- OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia.
- Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa, określona w §8 niniejszych OWU.
- Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj. wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całonocnych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

**WAŻNE:** Szpitalem nie są całonocne placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów nie wymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

- Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, 00-450, ul. Przemysłowa 26, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego.
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust.3 pkt 3) i ust. 4 pkt 3) OWU.
- Ubezpieczający** – Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, 53-611, ul. Strzegomska 42c, wpisana do Sądu Rejonowego we Wrocławiu pod nr KRS 0000040562, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie niniejszych OWU.
- Ubezpieczony** – Klient, który zgodnie z warunkami Umowy Ubezpieczenia jest objęty Ubezpieczeniem.
- Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia Na Życie Kredytobiorców „Ubezpieczenie spłaty Kredytu” nr 9929 zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
- Umowa kredytowa** – umowa o kredyt na zakup towarów i usług zawierana pomiędzy Klientem a Ubezpieczającym.
- Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna uprawniona do otrzymania Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego (z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku). Ubezpieczony może samodzielnie wskazać osobę uprawnioną do otrzymania Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, do całości Sumy ubezpieczenia lub w części do wysokości kwoty zadłużenia z tytułu Umowy kredytowej (w przypadku wskazania Ubezpieczającego jako Uprawnionego). Jeśli Uprawniony nie zostanie wskazany, lub jeżeli wskazanie Uprawnionego stanie się bezskuteczne, uprawnionym do otrzymania Sumy ubezpieczenia odpowiednio w całości lub w części będzie małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka Sumy ubezpieczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku

braku dzieci Sumy ubezpieczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców Sumy ubezpieczenia zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

20. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia określone w § 4 OWU.

### § 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

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

### § 4. ZAKRES OCHRONY

#### Zakres ubezpieczenia

Klienci przystępujący do Ubezpieczenia mogą zostać objęci Ubezpieczeniem w jednym z ośmiu wariantów zgodnie z punktami a) - h) poniżej. Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia określa wariant, w ramach którego dany Klient zostaje objęty Ubezpieczeniem. Zakres wariantów obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- a) W ramach **wariantu 1.:**
  - śmierć Ubezpieczonego.
- b) W ramach **wariantu 2.:**
  - śmierć Ubezpieczonego,
  - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
  - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
- c) W ramach **wariantu 3.:**
  - śmierć Ubezpieczonego,
  - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
  - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
  - Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 30 dób.
- d) W ramach **wariantu 4.:**
  - śmierć Ubezpieczonego,
  - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
  - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
  - Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dób.
- e) W ramach **wariantu 5.:**
  - śmierć Ubezpieczonego,
  - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
  - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
  - Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dób,
  - Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dób.
- f) W ramach **wariantu 6.:**
  - śmierć Ubezpieczonego,
  - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
  - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
  - Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dób,
  - Czasową niezdolność do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku, dla osób które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności nie ukończyły 65 roku życia oraz są Aktywne

zawodowo, a dla pozostałych osób- Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 30 dób.

- g) W ramach **wariantu 7.:**
  - śmierć Ubezpieczonego,
  - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
  - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
  - Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dób,
  - Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dób,
  - Czasową niezdolność do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku, dla osób które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności nie ukończyły 65 roku życia oraz są Aktywne zawodowo, a dla pozostałych osób- Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 30 dób.
- h) W ramach **wariantu 8.:**
  - śmierć Ubezpieczonego,
  - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
  - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
  - Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dób,
  - Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dób,
  - Czasową niezdolność do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku, dla osób które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności nie ukończyły 65 roku życia oraz są Aktywne zawodowo, a dla pozostałych osób- Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 30 dób,
  - operację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

**PRZYKŁAD:** Klient przystąpił do Ubezpieczenia w ramach wariantu 6 mając 38 lat, jego zakres ochrony obejmował: śmierć, śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, Hospitalizację na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dób oraz **Czasową niezdolność do pracy**. W wieku 40 lat zaczął otrzymywać rentę, przestał być aktywny zawodowo, a jego zakres ochrony uległ zmianie: zamiast Czasowej niezdolności do Pracy zakres ochrony obejmował **Hospitalizację na skutek Nieszczęśliwego wypadku co najmniej 30 dób**, przy czym świadczenie z tego tytułu (w razie zajścia zdarzenia) wypłacane jest niezależnie od świadczeń z tytułu Hospitalizacji na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającej co najmniej 14 dób.

#### 1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

W razie śmierci Ubezpieczonego, należne świadczenie, równe Sumie ubezpieczenia obliczonej zgodnie z § 8 ust. 1 OWU jest wypłacane Uprawnionemu, na zasadach określonych w § 2 ust. 1 pkt 19 OWU.

#### 2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku

W razie śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, poza świadczeniem określonym w ust. 1 powyżej, Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu dodatkowe świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 1 OWU.

#### 3. Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego

- 1) W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, należne świadczenie w wysokości 100 % Sumy ubezpieczenia określonej w § 8 ust. 2 OWU wypłacone zostanie Ubezpieczonemu pod warunkiem, że w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby, powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, Ubezpieczony był objęty Ubezpieczeniem.
- 2) Z zastrzeżeniem pkt 3) poniżej świadczenie, o którym mowa w pkt 1 jest należne, jeżeli w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby, powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczony był Aktywny zawodowo i nie ukończył 65 roku życia.
- 3) W przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, mieli ukończony 65 rok życia lub nie byli Aktywni zawodowo za Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
  - całkowitej stracie wzroku w obu oczach, lub
  - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
  - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
  - stracie dolnej szczęki, lub
  - całkowitej stracie mowy, lub
  - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
  - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
  - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
  - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
  - całkowitej stracie obu nóg, lub
  - całkowitej stracie obu stóp, lub
  - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
  - całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
  - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
  - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
  - całkowitym paraliżu dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).
- 4) Od daty Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby do momentu uznania, iż spowodowały one Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy. W przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w pkt. 3) powyżej, Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego zostaje stwierdzona z datą Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby, a warunku dotyczącego upływu okresu 6 miesięcy nie stosuje się.

#### 4. Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku

- 1) Po stwierdzeniu przez Towarzystwo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, należne świadczenie w wysokości 100 % Sumy ubezpieczenia określonej w § 8 ust. 2 OWU wypłacone zostanie Ubezpieczonemu pod warunkiem, że w dniu Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony był objęty Ubezpieczeniem.
- 2) Z zastrzeżeniem pkt 3) poniżej świadczenie, o którym mowa w pkt 1 jest należne, jeżeli w dniu Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony był Aktywny zawodowo i nie ukończył 65 roku życia.
- 3) W przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, mieli ukończony 65 rok życia lub nie byli Aktywni zawodowo za Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
  - całkowitej stracie wzroku w obu oczach, lub
  - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
  - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub

- stracie dolnej szczęki, lub
  - całkowitej stracie mowy, lub
  - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
  - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
  - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
  - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
  - całkowitej stracie obu nóg, lub
  - całkowitej stracie obu stóp, lub
  - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
  - całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
  - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
  - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
  - całkowitym paraliżu dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).
- 4) Od daty Nieszczęśliwego wypadku do momentu uznania, iż spowodował on Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, jednak w przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w pkt. 3) powyżej, Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego zostaje stwierdzona z datą Nieszczęśliwego wypadku, a warunku dotyczącego upływu okresu 6 miesięcy nie stosuje się.

#### 5. Świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającej co najmniej 30 dób.

- 1) W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku pierwsze świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 3. OWU po nieprzerwanym 30-dobowym okresie Hospitalizacji.
  - 2) Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone pod warunkiem, że Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w czasie trwania Ubezpieczenia, lub Choroby, która została rozpoznana w trakcie trwania Ubezpieczenia.
  - 3) Drugie i kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego płatne są od 31 doby Hospitalizacji za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej Hospitalizacji.
  - 4) Świadczenie jest należne jedynie za okres Hospitalizacji, w trakcie którego Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem.
  - 5) W ramach jednej Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku:
    - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
    - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 3 OWU.
  - 6) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji będą uznawane za jedną Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
  - 7) W ramach wszystkich Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w trakcie trwania Ubezpieczenia:
    - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
    - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 3 OWU.
- #### 6. Świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającej co najmniej 14 dób
- 1) W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku pierwsze świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie

ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 4. OWU po nieprzerwanym 14-dobowym okresie Hospitalizacji.

- 2) Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone pod warunkiem, że Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w czasie trwania Ubezpieczenia, lub Choroby, która została rozpoznana w trakcie trwania Ubezpieczenia.
- 3) Drugie i kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego płatne są od 15 doby Hospitalizacji za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej Hospitalizacji.
- 4) Świadczenie jest należne jedynie za okres Hospitalizacji, w trakcie którego Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem.
- 5) W ramach jednej Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku:
  - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
  - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 4 OWU,

przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 7 i 8 poniżej.

- 6) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji będą uznawane za jedną Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
- 7) W ramach wszystkich Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w trakcie trwania Ubezpieczenia:
  - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
  - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 4 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń o których mowa w ust. 7 i 8 poniżej.

#### 7. Świadczenia z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego trwającej co najmniej 14 dób

- 1) W razie Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego pierwsze świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 5. OWU po nieprzerwanym 14-dobowym okresie Hospitalizacji.
- 2) Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone pod warunkiem, że Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w czasie trwania Ubezpieczenia.
- 3) Drugie i kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego płatne są od 15 doby Hospitalizacji za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej Hospitalizacji.
- 4) Świadczenie jest należne jedynie za okres Hospitalizacji, w trakcie którego Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem.
- 5) W ramach jednej Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku:
  - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
  - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 5 OWU,

przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 6 i 8 niniejszego paragrafu.

- 6) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji będą uznawane za jedną Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
- 7) W ramach wszystkich Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku w trakcie trwania Ubezpieczenia:
  - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,

b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 5 OWU,

przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 6 i 8 niniejszego paragrafu.

#### 8. Świadczenia z tytułu

##### **Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku**

dla osób Aktywnych zawodowo, które nie ukończyły 65 roku życia  
**albo**

##### **Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku**

dla osób, które ukończyły 65 rok życia lub nie są Aktywne zawodowo

- 1) W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, świadczenie w wysokości określonej w § 8 ust. 6 OWU będzie należne jedynie pod warunkiem, że Czasowa niezdolność do pracy rozpoczęła się w czasie, gdy Ubezpieczony nie ukończył 65 roku życia oraz był Aktywny zawodowo, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień OWU.
- 2) Świadczenie płatne jest za każde pełne 30 dób potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba świadczeń z tytułu jednego zdarzenia nie może przekroczyć 6, a całkowita kwota świadczeń wartości, o której mowa w § 8 ust. 6 OWU.
- 3) W przypadku, gdy powtórna Czasowa niezdolność do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku ma miejsce w czasie krótszym niż 12 miesięcy od daty zakończenia poprzedniej, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia powtórnej Czasowej niezdolności do pracy i jest ona traktowana jako kontynuacja poprzedniej Czasowej niezdolności do pracy.
- 4) Prawo do świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku kończy się:
  - a) z upływem 6 (szóstego) 30-dobowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu jednej Czasowej niezdolności do pracy,
  - b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy,
  - c) z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
  - d) z dniem, kiedy Ubezpieczony uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych.
  - e) z upływem 12 (dwunastego) 30-dobowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku w trakcie okresu Ubezpieczenia,
  - f) z chwilą nabycia prawa do wypłaty 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z § 8 ust. 6 OWU,

**PRZYKŁAD:** Ubezpieczony przez 7 miesięcy ma orzeczoną Czasową niezdolność do pracy. Jego rata kredytowa wynosi 9.000 PLN. Ubezpieczony pierwsze pięć świadczeń będzie miał wypłacanych w pełnej wysokości (po 9.000 zł), a szóste świadczenie jedynie w części (w wysokości 3.000 zł), gdyż z tytułu Czasowej niezdolności do Towarzystwo wypłaci maksymalnie kwotę, o której mowa w § 8 ust. 6, czyli 48.000 zł. Ubezpieczony nie otrzyma świadczenia za 7 miesiąc, ponieważ maksymalna liczba świadczeń z tytułu jednego zdarzenia wynosi 6.

- g) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z § 6.
- 5) W razie Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji ma ukończony 65. rok życia lub nie jest Aktywny zawodowo, pierwsze świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie

ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 6 OWU po nieprzerwanym 30-dobowym okresie Hospitalizacji.

- 6) Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku w wysokości określone w § 8 ust. 6 OWU zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
  - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w czasie trwania Ubezpieczenia i
  - b) Hospitalizacja Ubezpieczonego miała miejsce w trakcie trwania Ubezpieczenia i
  - c) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji przez okres co najmniej 30 następujących po sobie dób.
- 7) Drugie i kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku płatne są od 31 doby Hospitalizacji za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej Hospitalizacji.
- 8) Świadczenie jest należne jedynie za okres Hospitalizacji, w trakcie którego Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem.
- 9) W ramach jednej Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku:
  - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
  - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 6 OWU,przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 6 i 7 niniejszego paragrafu.
- 10) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem będą uznawane za tę samą Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
- 11) W ramach wszystkich Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku w trakcie trwania Ubezpieczenia:
  - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
  - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 6 OWU,przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 6 i 7 niniejszego paragrafu

**UWAGA: Zdarzenia:**

1. Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 30 dób,
  2. Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dób
  3. Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dób, oraz
  4. Czasowa Niezdolności do Pracy lub Hospitalizacja na skutek Nieszczęśliwego wypadku
- traktowane są rozdzielnie, a Limity, o których mowa w ust. 5, 6, 7 i 8 nie sumują się.

**9. Świadczenia z tytułu operacji lub zabiegu chirurgicznego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.**

- 1) W przypadku operacji lub zabiegu chirurgicznego Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, wymienionych w Tabeli nr 1, o której w mowa w § 8 ust. 7 OWU, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczonemu w wysokości Sumy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 7 OWU, pod warunkiem, że Hospitalizacja Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie, gdy Ubezpieczony był objęty Ubezpieczeniem.
- 2) W przypadku Nieszczęśliwego wypadku, skutkującego złamaniem kości, świadczenie związane ze złamaniem zostanie wypłacone także w przypadku zastosowania leczenia bez konieczności Hospitalizacji.

**§ 5. KWALIFIKACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA**

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Klient, który spełnia łącznie poniższe warunki:
  - 1) w dniu rozpoczęcia Ubezpieczenia ukończył 18 lat,
  - 2) w dniu ostatecznej spłaty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytowej wskazanym w Harmonogramie nie ukończy 75 lat.
2. Klient, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli złoży Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia.
3. Każdorazowo w przypadku zawarcia Umowy kredytowej i złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia przez danego Klienta taki Klient jest uznawany za nowego Klienta i nowego Ubezpieczonego.

**§ 6. OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA**

1. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia jest dzień następujący po dniu, w którym Klient zawarł Umowę kredytową z Ubezpieczającym oraz złożył Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki zgodnie z § 7 OWU.
2. Okres Ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania wskazanemu w Harmonogramie, tj. trwa od Daty rozpoczęcia Ubezpieczenia, zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu, do dnia ostatecznej spłaty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytowej wskazanego w Harmonogramie.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:
  - 1) śmierci Ubezpieczonego,
  - 2) stwierdzenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego - zgodnie z § 4 OWU,
  - 3) stwierdzenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku- zgodnie z § 4 OWU,
  - 4) odstąpienia od Umowy kredytowej przez Ubezpieczonego,
  - 5) upływu okresu Ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 powyżej,
  - 6) rezygnacji Ubezpieczonego z Ubezpieczenia, zgodnie z §14 OWU.

**§ 7. OPŁACANIE SKŁADEK**

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu Ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym struktury demograficznej grupy Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia.
2. Składki płatne są przez Ubezpieczającego w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.

**§ 8. SUMA UBEZPIECZENIA**

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku równa jest sumie:
  - 1) kwoty kapitału pozostałej do spłaty, wynikającej z Harmonogramu, obliczanej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej w dniu lub po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz
  - 2) kwoty odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty kredytu, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej w dniu lub po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,jednak nie może być wyższa niż 50.000,00 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego oraz Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku równa jest sumie:
  - 1) kwoty kapitału pozostałej do spłaty, wynikającej z Harmonogramu, obliczanej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej w dniu

- lub po dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoznania Choroby powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, oraz
- 2) kwoty odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty kredytu, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej w dniu lub po dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby powodujących Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
- jednak nie może być wyższa niż 50.000,00 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku obejmującej pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu przez przynajmniej 30 dób jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem bezpośrednio po rozpoczęciu Hospitalizacji. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich Hospitalizacji, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytowej nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (słownie: czterdziestu ośmiu tysięcy) złotych.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku obejmującej pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu przez przynajmniej 14 dób jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem bezpośrednio po rozpoczęciu nieprzerwanego 14-dobowego okresu Hospitalizacji. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich Hospitalizacji, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytowej nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (słownie: czterdziestu ośmiu tysięcy) złotych.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku obejmującej pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu przez przynajmniej 14 dób jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem bezpośrednio po rozpoczęciu nieprzerwanego 14-dobowego okresu Hospitalizacji. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich Hospitalizacji, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytowej nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (słownie: czterdziestu ośmiu tysięcy) złotych.
6. Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego dla osób, które nie ukończyły 65 roku życia oraz są Aktywne zawodowo oraz z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku dla pozostałych osób jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem bezpośrednio po rozpoczęciu nieprzerwanego 30-dobowego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich zdarzeń Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego oraz Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytowej nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (słownie: czterdziestu ośmiu tysięcy) złotych.
7. Suma ubezpieczenia z tytułu operacji lub zabiegu chirurgicznego Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku odpowiada sumie kwoty rat w ramach Umowy kredytowej zgodnie z pierwotnym Harmonogramem w liczbie określonej zgodnie z tabelą poniżej:

Tabela nr 1:

<b>Operacje na skutek Nieszczęśliwego wypadku i zabiegi chirurgiczne na skutek Nieszczęśliwego wypadku</b>	<b>wysokość świadczenia wyrażona jako liczba miesięcznych rat w ramach danej Umowy kredytowej</b>
<b>JAMA BRZUSZNA</b>	
- wycięcie wyrostka robaczkowego	4
- wycięcie jelita	5
- wycięcie żołądka	5

- zespolenie żołądkowo-jelitowe	4
- usunięcie pęcherzyka żółciowego	5
- cesarskie cięcie	4
- otwarcie jamy brzusznej celem rozpoznania, leczenia lub usunięcia jednego lub kilku narządów, z wyjątkiem tu wymienionych	4
Przeprowadzenie dwu lub więcej operacji chirurgicznych podczas tego samego otwarcia jamy brzusznej będzie uważane za jedną operację	
<b>ROPIEŃ</b>	
- nacięcie powierzchownego ropnia, wrzodu lub czyraka – jednego lub kilku	1
<b>AMPUTACJA</b>	
- palców rąk i nóg – każdy	1
- ręki, przedramienia lub stopy do kostki	2
- podudzia, ramienia lub uda	3
- uda na wysokości biodra	5
<b>KLATKA PIERSIOWA</b>	
- pełna (całkowita) torakoplastyka	7
- usunięcie płuca lub jego części	5
- otwarcie klatki piersiowej celem rozpoznania lub leczenia zawartych tam organów oprócz nakłucia	2
- usunięcie ropy z wyjątkiem nakłucia	1
- sztuczna odma opłucnowa	1
<b>bronchoskopia:</b>	
- diagnostyczna	1
- operacyjna, z wyjątkiem biopsji	2
<b>PRZĘŁYK</b>	
- operacja zwężenia	3
<b>OKO</b>	
- odwarstwienie siatkówki – wielokrotne łączenie	7
- zaćma	4
- usunięcie gałki ocznej	2
<b>UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY</b>	
- usunięcie nerki	5

<b>STAWY I ZWICHNIĘCIA</b>	
- nacięcie (otwarcie) stawu na skutek choroby lub zaburzenia, oprócz tu wymienionych przypadków z wyjątkiem naktucia	1
- nacięcie (otwarcie) stawu barkowego, łokciowego, biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem naktucia	3
<b>wycięcie, umocowanie operacyjne, wyłuszczenie w stawie lub plastyka:</b>	
- stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	5
- stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	3
- palców rąk i nóg – każdy	1
- stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	1
- żuchwy	1
- stawu biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem rzepki	2
- rzepki	1
Dla zwichnięcia wymagającego leczenia operacyjnego powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu	
<b>PARACENTEZA</b>	
<b>naktucia:</b>	
- brzucha	1
- klatki piersiowej lub pęcherza moczowego z wyłączeniem cewnikowania	1
- błony bębenkowej, wodniaka, stawu lub kręgosłupa	1
<b>CZASZKA</b>	
- otwarcie jamy czaszki, z wyłączeniem trepanacji i naktucia	7
- usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie	2
<b>Złamania:</b>	
<b>leczenie złamania prostego</b>	
- obojczyka, obręczy barkowej lub przedramienia - jedna kość.	1
- kości guzicznej, kości stępu, kości śródstopia, kości piętowej.	1
- uda	3
- ramienia lub podudzia	2
- palców rąk lub nóg - każdy, lub żebra	1
- przedramienia - dwie kości, rzepki lub miednicy, nie wymagające stosowania wyciągu	2

- podudzia - dwie kości	2
- żuchwy	2
- nadgarstka, śródreżca, nosa, żeber - dwa lub więcej lub mostka	1
- miednicy - wymagające wyciągu	2
- kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy	1
- kręgu - złamanie kompresyjne - jedno lub więcej	3
- przegubu dłoni	1
<b>leczenie złamania złożonego otwartego</b>	
- dla złamań złożonych powyższe współczynniki zwiększają się o połowę	
- dla złamań wymagających leczenia operacyjnego, w tym przeszczepów kostnych lub zespołów kostnych, powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu, lecz nie mogą przekroczyć	7

8. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich operacji lub zabiegów chirurgicznych Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (słownie: czterdziestu ośmiu tysięcy) złotych.

#### § 9. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Ubezpieczającemu lub Towarzystwu dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu:
- 1) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego**:
    - a) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego),
    - b) statystyczna karta zgonu lub inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego),
    - c) kopia dokumentów sporządzonych przez Policję, Prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub
    - d) kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć Ubezpieczonego jest związana z wypadkiem przy pracy,
    - e) wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa.
    - f) kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia
  - 2) w przypadku wystąpienia **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego**:
    - w przypadku osób Aktywnych zawodowo:
      - a) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
      - b) kopia dowodu prowadzenia Aktywności zawodowej (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu, kopia stosownej umowy cywilnoprawnej lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) przez Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia, które spowodowało Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,

- c) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
  - d) kopia dokumentów sporządzonych przez Policję, Prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego Wypadku,
  - e) kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Trwała i całkowita niezdolność do pracy jest związana z wypadkiem przy pracy,
  - f) wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
  - g) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- w przypadku osób, które nie były Aktywne zawodowo:
    - a) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
    - b) kopia dokumentów sporządzonych przez Policję, Prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, potwierdzających, że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.
    - c) wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
    - d) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
- 3) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego:**
- a) kopia zwolnienia lekarskiego, orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenia wydanego przez lekarza rzeczoznawcę KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w zakresie niezdolności do pracy potwierdzającego Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
  - b) dokumentacja potwierdzająca prowadzenie przez Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy działalności gospodarczej lub uzyskiwania dochodu z tytułu stosunku pracy lub innego stosunku prawnego,
  - c) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę czasowej niezdolności do pracy,
  - d) kopia dokumentów sporządzonych przez Policję, Prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
  - e) kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,
  - f) wniosek o wypłatę świadczenia - na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje wskazane w formularzu Towarzystwa,
  - g) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
- 4) w przypadku:
- **Hospitalizacji Ubezpieczonego** na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającej co najmniej 30 dób,
  - **Hospitalizacji Ubezpieczonego** na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającej co najmniej 14 dób,
  - **Hospitalizacji Ubezpieczonego** na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwającej co najmniej 14 dób, oraz
  - **Hospitalizacji Ubezpieczonego** na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwającej co najmniej 30 dób:
- a) kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego dotyczącej Hospitalizacji,
  - b) kopia karty wypisowej z leczenia szpitalnego,
  - c) kopia dokumentów sporządzonych przez Policję, Prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie

- nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, gdy Hospitalizacja miała miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
  - d) kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Hospitalizacja jest związana z wypadkiem przy pracy,
  - e) wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
  - f) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
- 5) w przypadku **operacji lub zabiegu chirurgicznego Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku:**
- a) kopia karty informacyjnej pobytu w szpitalu zawierająca niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia, a w szczególności leczenia operacyjnego wraz z wynikami badań,
  - b) kopia dokumentów sporządzonych przez Policję, Prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, które potwierdzą, że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego Wypadku,
  - c) kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,
  - d) wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
  - e) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;

**WYJAŚNIENIE:** Roszczenie o wypłatę świadczenia można zgłosić w jeden z poniższych sposobów: za pośrednictwem Ubezpieczającego:

- w siedzibie Santander Consumer Bank S.A. we Wrocławiu, przy ul. Strzegomskiej 42 c lub w jednej z placówek Santander Consumer Bank S.A.

**bezpośrednio z Towarzystwem:**

- **pocztą elektroniczną** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: [roszczenia@metlife.pl](mailto:roszczenia@metlife.pl)
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 52 64
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres:  
Departament Roszczeń MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa  
(formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa)
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnŻiR S.A., przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Towarzystwa na terenie całego kraju.

2. Dodatkowe informacje:

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie powinna przedstawić dokumentację medyczną lub inną dotyczącą tego Zdarzenia ubezpieczeniowego lub jego okoliczności przetłumaczoną przez tłumacza przysięgłego na język polski, pod warunkiem, że Towarzystwo wystąpi do osoby zgłaszającej roszczenie o takie tłumaczenie w sytuacji, gdy takie dokumenty są dla Towarzystwa niezbędne do oceny zasadności roszczenia lub wysokości należnego świadczenia.
- 2) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do Policji, Prokuratury, sądu lub innych organów ścigania, a także do placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkowe informacje celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

3. Wypłata świadczenia

- 1) Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.



- 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie określonym w pkt 1 powyżej.

#### § 10. BADANIE LEKARSKIE

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo. Ubezpieczony jest zobowiązany na koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi, jeżeli jest to niezbędne w celu podjęcia przez Towarzystwo decyzji w przedmiocie zasadności roszczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu Umowy Ubezpieczenia zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

**WYJAŚNIENIE:** Towarzystwo kieruje Ubezpieczonego na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona przez Klienta dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do rozpatrzenia roszczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z Towarzystwem placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

#### § 11. WSKAZANIE I ZMIANA UPRAWNIONEGO

**WAŻNE:** Uprawnionego wskazuje Ubezpieczony samodzielnie. Uprawnionym może być dowolna osoba (osoba fizyczna, osoba prawna).. Ubezpieczony może w szczególności wskazać Ubezpieczającego do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego do wysokości kwoty zadłużenia z tytułu Umowy kredytowej. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkom od spadków i darowizn.

1. Ubezpieczony może w każdej chwili wskazać lub zmienić Uprawnionego zarówno co do otrzymania całości świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku) jak i w części świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku) do wysokości kwoty zadłużenia z tytułu Umowy kredytowej ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu śmierci Ubezpieczonego.
2. W celu wskazania lub zmiany Uprawnionego należy podać następujące informacje:
  - nr Umowy kredytowej,
  - imię i nazwisko Ubezpieczonego
  - imię i nazwisko Uprawnionego (lub w przypadku, gdy Uprawniony nie jest osobą fizyczną: nazwa firmy),,
  - data urodzenia Uprawnionego (jeśli jest osobą fizyczną),
  - adres do korespondencji Uprawnionego (lub w przypadku, gdy Uprawniony nie jest osobą fizyczną: siedziba firmy) ,
  - PESEL Uprawnionego (lub w przypadku, gdy Uprawniony jest osobą prawną: NIP)
  - Udział procentowy Uprawnionego w części świadczenia
3. W przypadku niepodania danych lub podania niepełnych danych, o których mowa w ust. 1 powyżej, uniemożliwiających ustalenie Uprawnionego, świadczenie zostanie wypłacone najbliższej rodzinie, zgodnie z zasadami określonymi w § 2 ust. 1 pkt 19 OWU.

#### § 12. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych na skutek:
  - 1) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
  - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności,
  - 3) Choroby lub niepełnosprawności Ubezpieczonego zdiagnozowanych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia Ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem - w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia rozpoczęcia Ubezpieczenia,
  - 4) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
  - 5) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz świadomego udziału Ubezpieczonego w dowolnym działaniu przestępczym,
  - 6) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było bezpośrednią przyczyną danego Zdarzenia ubezpieczeniowego,
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego jest związana z zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania, w tym zaburzeniami nerwicowymi.
3. Dodatkowo Świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku wystąpiła wskutek:
  - 1) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
  - 2) niesprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych żadnymi dodatkowymi badaniami,
4. Dodatkowo, świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego powstała na skutek:
  - 1) wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
  - 2) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
  - 3) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową Ubezpieczenia,
  - 4) wykonywania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
  - 5) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych;
  - 6) infekcji powstałych w trakcie Hospitalizacji,
  - 7) jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala.
5. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja lub zabieg chirurgiczny na skutek Nieszczęśliwego wypadku, wynikają lub są związane z:
  - 1) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
  - 2) jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu Choroby,
  - 3) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową Ubezpieczenia
  - 4) wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań

- rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
- 5) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, w tym zaburzeń nerwicowych,
  - 6) wszelkimi uszkodzeniami ciała powstałymi przed datą objęcia Ubezpieczonego Ubezpieczeniem,
  - 7) jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
  - 8) uszkodzeniem ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniami popełnienia lub popełnieniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
  - 9) promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
  - 10) pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej.
  - 11) podróżą jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, rozumianych jako przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób.

#### § 14. REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczony ma prawo rezygnacji z Ubezpieczenia w każdym momencie w czasie jego trwania.
2. Oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia Ubezpieczony składa w formie pisemnej Ubezpieczającemu na adres:  
Santander Consumer Bank S.A.  
ul. Strzegomska 42c,  
53-611 Wrocław
3. Oświadczenie o rezygnacji powinno zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, numer PESEL, numer Umowy kredytowej, oraz rezygnację z dalszego obejmowania Ubezpieczeniem.
4. W przypadku złożenia rezygnacji z Ubezpieczenia, Ubezpieczenie trwa do końca danego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej tj. do dnia wymagalności (włącznie z tym dniem) najbliższej (ustalonej zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu złożenia przez Ubezpieczonego rezygnacji z Ubezpieczenia. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej przez Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeżeli rezygnacja z Ubezpieczenia lub odstąpienie od Umowy kredytowej przez Ubezpieczonego nastąpi w terminie 30 dni od dnia złożenia przez Klienta Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia zwrot Składki przysługuje w pełnej wysokości.
6. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty zakończenia Ubezpieczenia.

#### § 15. SKARGI I ZAŻALENIA

1. Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego
2. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy Ubezpieczenia winny być przesyłane na piśmie do Towarzystwa na adres MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, lub elektronicznie na adres e-mail: [lifeinfo@metlife.pl](mailto:lifeinfo@metlife.pl) celu umożliwienia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, składający skargę lub zażalenie powinien przekazać je do Towarzystwa niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenie. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia złożenia skargi lub zażalenia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź na skargę lub zażalenie, a w przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu, poinformuje osobę skarżącą o przyczynach opóźnienia i wskaże przewidywany termin udzielenia odpowiedzi na skargę lub zażalenie. Łączny czas na rozpatrzenie skargi lub zażalenia nie może być dłuższy niż 90 dni od dnia otrzymania.

3. Ubezpieczony, Uprawniony lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

#### § 16. PODATKI

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia winny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych tj. ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych i ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych

#### § 17. DORECZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczonego lub Uprawnionego związane z Umową Ubezpieczenia powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
2. Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczonego lub Uprawnionego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczonego lub Uprawnionego, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

#### § 18. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW I ROZPATRYWANIE SKARG

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 Ubezpieczonym, Uprawnionym lub ich następcami prawnymi będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

#### § 19. AKTUALIZACJA INFORMACJI

**WAŻNE:** Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych swoich i Uposażonego. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczanie informacji dotyczących Umowy Ubezpieczenia i znacząco usprawni jej obsługę.

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Towarzystwa o zmianach:
  - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
  - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko numer PESEL).Informacje o zmianach powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego.

Warszawa, dnia 29.03.2015 roku