Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Nr 9002KW15 (OWU)

MetLife®

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

POMOC

Szanowni Państwo,
w ramkach 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. Dodatkowo, słowa wyróżnione *kursywą* zostały zdefiniowane na początku dokumentu.

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.

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

ARTYKUŁ 1. WSTĘP

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do *Umowy Ubezpieczenia* zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *Umowy Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych *OWU* określenia pisane dużą literą oznaczają:

1. **Agent** – Santander Consumer Bank S.A., z siedzibą we Wrocławiu, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz *Towarzystwa*.
2. **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 urlopach macierzyńskich lub płatnych urlopach wypoczynkowych.

3. **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*.
4. **Karta** – karta kredytowa wydana przez Santander Consumer Bank S.A., funkcjonująca w oparciu o przyznany w *Umowie Limit kredytowy*, stanowiąca własność Santander Consumer Bank S.A.
5. **Limit kredytowy** – określona przez Santander Consumer Bank S.A. dopuszczalna kwota, na jaką *Posiadacz Karty* może się zadłużyć. Limit jest ustalany indywidualnie dla każdego *Posiadacza Karty*. Kwota limitu jest zawsze wielokrotnością stu złotych (100 zł).
6. **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.
7. **Okres rozliczeniowy** – powtarzalny okres miesięczny (za wyjątkiem pierwszego okresu, który może być krótszy niż miesiąc) kończący się w dniu, w którym generowane jest *Zestawienie*, przy czym pierwszy *Okres rozliczeniowy* rozpoczyna się w dniu wejścia w życie *Umowy*, a każdy kolejny w dniu następującym po dniu wygenerowania *Zestawienia*.
8. **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9002KW15.
9. **Plan spłat ratalnych** – plan spłat ratalnych uruchomiony w ramach *Limitu kredytowego* opisany w regulaminie *Karty*.
10. **Posiadacz Karty** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która podpisała z Santander Consumer Bank S.A. *Umowę*.
11. **Saldo zadłużenia** – kwota zadłużenia na rachunku karty *Posiadacza Karty*, na którą składają się suma salda wynikającego z transakcji i opłat, odsetki oraz salda wynikającego z *Planu spłat ratalnych*, w tym bieżąca rata *Planu spłat ratalnych*. Saldo nie może być większe niż *Limit kredytowy*.
12. **Suma ubezpieczenia** – maksymalna kwota łącznej odpowiedzialności *Towarzystwa* z tytułu zaistnienia wszystkich *Zdarzeń ubezpieczeniowych* w ramach *Umowy Ubezpieczenia* wynosząca 50.000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
13. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek *Ubezpieczającego* o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* i potwierdzenie przez *Towarzystwo* zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego* (dalej także: „SUU").
14. **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 0000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. MetLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
15. **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 art. 4 ust. 4 pkt 3 *OWU*.
16. **Ubezpieczający** – *Posiadacz Karty*, który zawarł z *Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia* za pośrednictwem *Agenta*, zobowiązany do zapłaty składki.
17. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana *Ubezpieczonemu* na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*.
18. **Ubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem *Umowy Ubezpieczenia*. *Ubezpieczonym* może być tylko *Ubezpieczający*.
19. **Umowa** – umowa o przyznanie *Limitu kredytowego* i wydanie *Karty*, zawierana pomiędzy *Posiadaczem Karty* i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
20. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym*, na którą składają się postanowienia niniejszych *OWU*, SUU oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy *Ubezpieczającego* oraz *Towarzystwa* załączone do *Umowy Ubezpieczenia* i stanowiące jej integralną całość.
21. **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wyznaczona na piśmie przez *Ubezpieczającego* jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* (w tym z tytułu śmierci na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*).
22. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej *Umowy Ubezpieczenia* określone w art. 4 ust. 1 *OWU*.
23. **Zestawienie** – miesięczne zestawienie transakcji oraz operacji z rachunku *Karty*, zawierające m.in. informacje o wysokości i terminie spłaty kwoty minimalnej oraz o numerze rachunku *Karty* przeznaczonego do spłaty, udostępniane przez Santander Consumer Bank S.A. nieodpłatnie *Ubezpieczającemu* za pośrednictwem strony internetowej www.visa.santander24.pl.

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem *Ubezpieczenia* jest życie i zdrowie *Ubezpieczonego*.

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

ARTYKUŁ 4. ZAKRES OCHRONY I ŚWIADCZENIA

1. **Zakres *Ubezpieczenia***
   Zakres *Ubezpieczenia* wskazany jest w SUU i obejmuje następujące *Zdarzenia ubezpieczeniowe*: śmierć *Ubezpieczonego*, śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*.

2. **Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego***
   Z zastrzeżeniem art. 2 ust. 12 *OWU*, w przypadku śmierci *Ubezpieczonego Towarzystwo* wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości 100% *Salda zadłużenia*, obliczonego na dzień zgonu.

3. **Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku***
   Z zastrzeżeniem art. 2 ust. 12 *OWU*, w przypadku śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, poza świadczeniem określonym powyżej w ust. 1, *Towarzystwo* wypłaci *Uposażonemu* dodatkowe świadczenie w wysokości 200% *Salda zadłużenia*, obliczonego na dzień zgonu.

4. **Świadczenia z tytułu *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego***
   1) Z zastrzeżeniem art. 2 ust. 12 *OWU*, w przypadku stwierdzenia *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*, *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości 100% *Salda zadłużenia*, obliczonego na dzień *Nieszczęśliwego wypadku* lub zdiagnozowania *Choroby*, powodujących *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*.
   2) 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 objęty *Ubezpieczeniem* oraz był *Aktywny zawodowo*.
   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 kończyny dolnej (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, jednak 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.

PRZYKŁAD: Ubezpieczony w wieku 67 lat miał wypadek, którego efektem było nieuleczalne uszkodzenie nerwu, co spowodowało całkowity paraliż kończyny górnej. W tym przypadku Towarzystwo stwierdzi Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego z pominięciem 6-miesięcznego okresu niezdolności do pracy.

ARTYKUŁ 5. ZAWARCIE UMOWY, OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. *Ubezpieczeniem* może zostać objęty każdy *Posiadacz Karty*, który w dniu rozpoczęcia *Ubezpieczenia* ukończył 18 lat, a nie ukończył 69 lat.
2. *Posiadacz Karty*, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty *Ubezpieczeniem*, pod warunkiem zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* i opłacenia składki.

3. Odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*.
4. *Umowa Ubezpieczenia* zostaje zawarta z chwilą doręczenia *Ubezpieczającemu* SUU.
5. Jeżeli treść SUU zawiera postanowienia odbiegające od treści *OWU*, *Towarzystwo* przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
6. W przypadku określonym w ust. 5 powyżej, jeżeli *Ubezpieczający* w terminie 7 dni od doręczenia SUU nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, *Umowa Ubezpieczenia* zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
7. Zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* z *Ubezpieczającym*, który oświadczył, że jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (dalej PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd lub Członka Zarządu *Towarzystwa*.
8. *Umowa Ubezpieczenia* zawierana jest na rok i jest automatycznie przedłużana na kolejny rok z zastrzeżeniem, iż wysokość składki i inne warunki *Umowy Ubezpieczenia* mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
9. W przypadku zmiany warunków, na jakich *Umowa Ubezpieczenia* może być przedłużana, *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczającego* w terminie nie później niż 90 dni przed datą, do której *Ubezpieczający* jest zobowiązany opłacić kolejną składkę, zgodnie z art. 6 ust. 1.
10. *Ubezpieczający* może wyrazić zgodę na zmianę warunków, na jakich *Umowa Ubezpieczenia* jest przedłużana pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazanej w SUU. Opłacenie przez *Ubezpieczającego* składki w wysokości zaoferowanej przez *Towarzystwo* jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *Umowa Ubezpieczenia* jest przedłużana. W przypadku niezaakceptowania przez *Ubezpieczającego* zmienionych warunków *Umowy Ubezpieczenia*, nie będzie ona przedłużana i wygaśnie z końcem danego roku *Ubezpieczenia*.
11. *Umowa Ubezpieczenia* może nie być przedłużona na kolejne roczne okresy. W takim przypadku *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczającego* w terminie nie później niż 90 dni przed datą, do której *Ubezpieczający* jest zobowiązany opłacić kolejną składkę, zgodnie z art. 6 ust. 1.

ARTYKUŁ 6. SKŁADKA

1. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest przez *Ubezpieczającego* miesięcznie w dniu generowania *Zestawienia* odpowiadającego *Okresowi rozliczeniowemu*, za który składka jest należna. Obliczana jest jako iloczyn łącznej stawki ubezpieczeniowej określonej w SUU oraz *Salda zadłużenia* obliczonego na dzień generowania *Zestawienia*.
2. Wysokość składki jest ustalana z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku *Ubezpieczonych* oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Wysokość składki z tytułu *Ubezpieczenia* danego *Ubezpieczonego* jest określona w SUU.

ARTYKUŁ 7. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie *Agentowi* lub *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu:
   1) w przypadku **śmierci *Ubezpieczonego* bądź śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*:**
      a) odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego* (oryginał lub kopia potwierdzona przez *Agenta*),
      b) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu (kopia potwierdzona przez *Agenta*),
      c) kopii 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 na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
      d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć *Ubezpieczonego* jest związana z wypadkiem przy pracy, jeśli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpiła na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
      e) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
      f) kopii dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
   2) w przypadku wystąpienia ***Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego***:
   - w przypadku osób *Aktywnych zawodowo*:
      a) orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
      b) kopii 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) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy*,

d) kopii 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) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Trwała i całkowita niezdolność do pracy* jest związana z wypadkiem przy pracy,
f) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
g) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczającego*;

- w przypadku osób, które nie były *Aktywne zawodowo* lub miały ukończony 65. rok życia w momencie zajścia *Zdarzenia ubezpieczeniowego*:
  a) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
  b) kopii 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) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
  d) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczającego*.

WYJAŚNIENIE: Roszczenie o wypłatę świadczenia można zgłosić w jeden z poniższych sposobów:

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

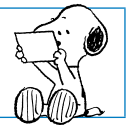
bezpośrednio do Towarzystwa:
- **pocztą elektroniczną** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 52 64
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą 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 ust. 1 powyżej.

ARTYKUŁ 8. 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 lub wysokości 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 Ubezpieczonego dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do rozpatrzenia roszczenia. Badania te są wykonywane na koszt Towarzystwa we współpracującej z Towarzystwem placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.



ARTYKUŁ 9. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

WAŻNE: Uposażonego wskazuje Ubezpieczony. Uposażonym może być dowolna osoba. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkowi od spadków i darowizn.

1. *Ubezpieczający* ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany *Uposażonego* przez doręczenie do *Towarzystwa* pisemnego oświadczenia.
2. W celu wskazania lub zmiany *Uposażonego* należy podać następujące informacje:
   a) imię i nazwisko *Ubezpieczającego*,
   b) nr SUU,
   c) imię i nazwisko *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną: nazwa firmy),
   d) data urodzenia *Uposażonego* (jeśli jest osobą fizyczną),
   e) adres do korespondencji *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną: siedziba firmy),
   f) PESEL *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* jest osobą prawną: NIP),
   g) udział procentowy *Uposażonego* w części świadczenia.
   Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczającego*.
3. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie *Uposażonego* świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 6 poniżej.
4. Zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *Towarzystwo* oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
5. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do śmierci *Ubezpieczonego*, wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne.
6. W przypadku braku *Uposażonych* uprawnionych do świadczenia świadczenie otrzyma małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego* w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego* w częściach równych. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone pozostałym spadkobiercom *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczą po *Ubezpieczonym*.

ARTYKUŁ 10. 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 okaleczenia 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.

ARTYKUŁ 11. ODSTĄPIENIE LUB WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. *Ubezpieczający* ma prawo zarówno do odstąpienia od *Ubezpieczenia* w ciągu 30 dni od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*, jak również ma prawo do wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* w całym okresie jej trwania.
2. Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu *Umowy Ubezpieczenia* następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego *Agentowi* lub bezpośrednio *Towarzystwu*.
3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, powinno zawierać: imię i nazwisko *Ubezpieczonego*, numer PESEL oraz numer SUU.
4. W przypadku odstąpienia *Ubezpieczającego* od *Ubezpieczenia* w ciągu 30 dni od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* całość składki zostanie zwrócona *Ubezpieczającemu* za pośrednictwem *Agenta* w terminie 30 dni od końca miesiąca, w którym *Towarzystwo* otrzyma pisemne oświadczenie *Ubezpieczającego* o odstąpieniu od *Umowy Ubezpieczenia*.
5. W przypadku wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczenie* trwa do końca *Okresu rozliczeniowego*, przypadającego po dniu złożenia przez *Ubezpieczającego* wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 12. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Odpowiedzialność *Towarzystwa* w stosunku do każdego *Ubezpieczonego* wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:

1) z końcem *Okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 70 lat,
2) z końcem *Okresu rozliczeniowego* przypadającego po rozwiązaniu *Umowy*,
3) z końcem *Okresu rozliczeniowego*, w którym *Ubezpieczający* lub Santander Consumer Bank S.A. wypowiedział *Umowę*,
4) z końcem *Okresu rozliczeniowego*, w którym dokonano wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia*,
5) w dniu stwierdzenia *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
6) w dniu śmierci *Ubezpieczonego*,
7) z końcem danego roku *Ubezpieczenia*, w przypadku gdy *Ubezpieczający* nie zaakceptował zaproponowanych przez *Towarzystwo* zmienionych warunków *Umowy Ubezpieczenia* lub *Towarzystwo* powiadomiło *Ubezpieczającego* o nieprzedłużaniu *Umowy Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 13. 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. W 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, który w każdym przypadku nie może być jednak dłuższy niż 90 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
3. *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony*, uprawniony do świadczenia, *Uposażony* lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

ARTYKUŁ 14. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

Z zastrzeżeniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych *OWU* a postanowieniami SUU rozstrzygają postanowienia SUU.

ARTYKUŁ 15. PODATKI

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek obciążają *Ubezpieczonego* i są uiszczane wraz z odpowiednią składką.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez *Towarzystwo*.
3. Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny 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. 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 16. DORĘCZENIA

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

ARTYKUŁ 17. 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 *Ubezpieczającym*, *Uposażonym* 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*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 18. 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. *Ubezpieczający* 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 dokumentu tożsamości *Ubezpieczającego*.
2. *Ubezpieczony* zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania *Towarzystwa* o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie jego podpisem. Złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez *Ubezpieczającego* może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.

ARTYKUŁ 19. PEŁNOMOCNICTWA

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z *Umową Ubezpieczenia* powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej i doręczone *Towarzystwu* w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata lub uprawnionego przedstawiciela *Agenta* lub *Towarzystwa*.

Warszawa, dnia 29 marca 2015 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

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: czynne od pn. do pt. w godz. 8.00-18.00, tel. +48 22 523 52 64
© MetLife TUnŻiR S.A., 2015 PEANUTS © 2015 Peanuts Worldwide

PA358-A15

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