

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Nr 9002KW15 (OWU)

MetLife®



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. 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:

- Agent** – Santander Consumer Bank S.A., z siedzibą we Wrocławiu, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Towarzystwa.
- 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.

- 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.
- Karta** – karta kredytowa wydana przez Santander Consumer Bank S.A., funkcjonująca w oparciu o przyznaną w Umowie Limit kredytowy, stanowiąca własność Santander Consumer Bank S.A.
- 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).
- 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.
- 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.
- OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9002KW15.
- Plan spłat ratalnych** – plan spłat ratalnych uruchomiony w ramach Limitu kredytowego opisany w regulaminie Karty.
- Posiadacz Karty** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która podpisała z Santander Consumer Bank S.A. Umowę.
- 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.
- Suma ubezpieczenia** – maksymalna kwota łącznej odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zaistnienia wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w ramach Umowy Ubezpieczenia wynosząca 50.000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
- 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”).
- 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. MetLife TUNZIR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, z zastrzeżeniem postanowień art. 4 ust. 4 pkt 3 OWU.
- Ubezpieczający** – Posiadacz Karty, który zawarł z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty składki.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
- Ubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
- Umowa** – umowa o przyznanie Limitu kredytowego i wydanie Karty, zawierana pomiędzy Posiadaczem Karty i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
- 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.
- 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).
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy Ubezpieczenia określone w art. 4 ust. 1 OWU.
- 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 całkowitą 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 *Agentą*),
 - b) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu (kopia potwierdzona przez *Agentą*),
 - 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 wypadkowego 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
- **korrespondencyjnie** – 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 podatкови 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 doręzonego *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 *Agenty* 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 nieprzedłużeniu *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 *Agenty* 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

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