Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Umowa Nr 9980/5

§1. Definicje

1. **„Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej"** – dzień, w którym Ubezpieczony zostaje objęty ubezpieczeniem, czyli dzień następny po dniu zawarcia przez Ubezpieczonego Umowy kredytowej, pod warunkiem opłacenia Składki.
2. **„Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia"** – pisemna deklaracja składana przez Klienta wyrażającego wolę przystąpienia do Ubezpieczenia zawarta w treści Umowy kredytowej.
3. **„Harmonogram"** – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony Umowy kredytowej w dniu jej zawarcia.
4. **„Klient"** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę kredytową z Ubezpieczającym.
5. **„Napaść"** – każdy akt agresji skierowany przeciwko Ubezpieczonemu przez osobę trzecią, w tym napadnięcie na Ubezpieczonego przez osobę trzecią i wystąpienie zaczepne osoby trzeciej przeciwko Ubezpieczonemu, potwierdzone właściwym protokołem z Policji.
6. **„Nieszczęśliwy wypadek"** – niezależne od woli Ubezpieczonego nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy.
7. **„Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny"** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną przy udziale pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, rezultatem którego są fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego. Pod pojęciem nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem są obrażenia ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd będący w ruchu.
8. **„Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze"** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób.
9. **„Pojazd"** – urządzenie mechaniczne przeznaczone do transportu lądowego posiadające silnik oraz wszelkie inne urządzenia do transportu wodnego lub lotniczego, a także rowery.
10. **„Składka"** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy.
11. **„Suma ubezpieczenia"** – kwota, określona w § 11 poniżej.
12. **„Towarzystwo"** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Przemysłowa 26.
13. **Trwałe i całkowite inwalidztwo** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku
14. **„Ubezpieczający"** – Santander Consumer Bank S.A., z siedzibą we Wrocławiu, ul. Strzegomska 42c.
15. **„Ubezpieczenie"** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Umowy.
16. **„Ubezpieczony"** – Klient, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem.
17. **„Umowa"** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców „Ubezpieczenie Spłaty Kredytu" zawarta pomiędzy Towarzystwem i Ubezpieczającym.
18. **„Umowa kredytowa"** – umowa o kredyt gotówkowy lub kredyt konsolidacyjny zawierana pomiędzy Klientem i Ubezpieczającym.
19. **„Uprawniony"** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczeń na wypadek śmierci wynikających z Umowy, innych niż świadczenia należne Ubezpieczającemu. Jeśli Ubezpieczony nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka i dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców świadczenia te zostaną wypłacone Spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.
20. **„Zdarzenie ubezpieczeniowe"** – w zależności od zakresu Ubezpieczenia, określonego w § 2 ust. 3 i 4: śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, stwierdzenie Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

§2. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Osoby przystępujące do Ubezpieczenia w ramach Ubezpieczenia do Umów kredytowych mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach sześciu grup ryzyk, zgodnie z ust. 3. Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia określa grupę ryzyk, w ramach której dany Klient objęty jest ubezpieczeniem z zastrzeżeniem, że:
   1) grupa ryzyk 5 i 6, określona w ust. 3 niniejszego paragrafu jest przeznaczona dla osób, które:
      a) w dniu objęcia Ubezpieczeniem są zatrudnione na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony w przynajmniej połowie wymiaru czasu pracy,
      b) w dniu objęcia Ubezpieczeniem nie nabyły praw do emerytury lub renty,
   2) grupa ryzyk 1, 2, 3 i 4, określona w ust. 3 niniejszego paragrafu jest przeznaczona dla pozostałych osób.
3. Zakres Ubezpieczenia poszczególnych grup ryzyk dla osób, które w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia mają ukończone 18 lat, a nie ukończyły 65 lat, obejmuje:
   A. Grupa ryzyk 1 – śmierć Ubezpieczonego, zgodnie z §7;
   B. Grupa ryzyk 2 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §7, §8, §9;
   C. Grupa ryzyk 3 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §7, §8, §9, §10;
   D. Grupa ryzyk 4 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku zgodnie z §7, §8, §9, §10;
   E. Grupa ryzyk 5 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §7, §8, §9,
   F. Grupa ryzyk 6 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §7, §8, §9;
4. Zakres Ubezpieczenia poszczególnych grup ryzyk dla osób, które w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia maja ukończone 65 lat, a nie ukończyły 95 lat, obejmuje:
   A. Grupa ryzyk 1 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §8;
   B. Grupa ryzyk 2 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §8;
   C. Grupa ryzyk 3 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §8, §10.
   D. Grupa ryzyk 4 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §8, §10;

§3. Kwalifikacja

1. Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli:
   a) ukończył 18 lat a nie ukończył 65 roku życia w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia
   - w przypadku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w §7, §8 ust. 1 oraz §9 i §10 poniżej.
   b) ukończył 65 lat a nie ukończył 95 roku życia w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia
   - w przypadku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w §8 ust. 2 i §10 poniżej.
2. Uznaje się, że Klient kończy dany wiek pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie urodzin. W przypadku, jeżeli data urodzin Klienta przypada pierwszego dnia miesiąca lub, gdy klient kończy 18 lat w miesiącu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, za datę ukończenia danego wieku uznaje się dzień urodzin.

§4. Uczestnictwo

1. Klient, o którym mowa w § 3 może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli złoży Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki.
2. Klienci, którzy złożyli ponownie wniosek o udzielenie kredytu z Ubezpieczeniem, są uznawani za nowych Klientów.

§5. Data rozpoczęcia, okres trwania i zakończenie Ubezpieczenia

1. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia dla indywidualnego Klienta jest dzień następujący po dniu zawarcia przez Klienta Umowy kredytowej z Ubezpieczającym, której częścią jest Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki.
2. Okres indywidualnego Ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania, tj. od daty rozpoczęcia Ubezpieczenia, zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu do ostatecznego terminu spłaty Umowy kredytowej, o którym mowa w Harmonogramie.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego wygasa z chwilą wystąpienia najwcześniejszego ze wskazanych zdarzeń:
   1) upływu okresu, za który została opłacona Składka,
   2) śmierci Ubezpieczonego,
   3) stwierdzenia stanu Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego zgodnie z §9,
   4) odstąpienia od Umowy kredytowej przez Ubezpieczonego.
   5) upływu okresu indywidualnego Ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 powyżej;
   6) ustania ochrony ubezpieczeniowej na skutek dokonanej rezygnacji z ubezpieczenia, zgodnie § 6.

§6. Rezygnacja z Ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo rezygnacji z Ubezpieczenia w każdym czasie trwania Ubezpieczenia.
2. Oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia Ubezpieczony składa w formie pisemnej Ubezpieczającemu.
3. W przypadku złożenia rezygnacji, Ubezpieczenie trwa do końca danego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej tj. do dnia wymagalności (włącznie z tym dniem) najbliższej raty kredytowej, ustalonej zgodnie z Harmonogramem, przypadającej po dniu, w którym wpłynął do Ubezpieczającego wniosek o rezygnację.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej przez Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli jednak rezygnacja nastąpi w terminie 30 dni od dnia złożenia przez Klienta Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, zwrot Składki przysługuje w pełnej wysokości.
5. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

§7. Świadczenia z tytułu „Ubezpieczenia na życie"

1. Z zastrzeżeniem postanowień wynikających z ust. 2 poniżej, w razie śmierci Ubezpieczonego, określonego w §3 ust. 1 lit. a), z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, należne świadczenie, równe Sumie ubezpieczenia obliczonej na dzień wymagalności najbliższej raty (zgodnie z Harmonogramem), przypadającej po śmierci Ubezpieczonego, jest wypłacane Ubezpieczającemu.
2. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia po wcześniejszym zakończeniu Umowy kredytowej, to świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obliczonej na dzień wymagalności najbliższej raty (zgodnie z Harmonogramem) przypadającej po śmierci Ubezpieczonego, jest wypłacane Uprawnionemu.
3. Ubezpieczony ma prawo do wskazania oraz zmiany osoby uprawnionej do otrzymania części świadczenia na wypadek śmierci, innej niż część należna Ubezpieczającemu, przez złożenie pisemnego wniosku do Towarzystwa. W celu wskazania lub zmiany osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, należy podać następujące informacje:
   nr Umowy kredytowej,
   – imię i nazwisko Ubezpieczonego,
   – nr polisy grupowej 9980/5,
   – imię i nazwisko Uprawnionego,
   – data urodzenia Uprawnionego,
   – adres do korespondencji Uprawnionego.
4. W przypadku podania niepełnych danych, o których mowa w ust. 3, uniemożliwiających weryfikację tożsamości Uprawnionego, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z zasadami określonymi w § 1 ust. 19 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

§8. Świadczenie z tytułu „Ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku"

1. Z zastrzeżeniem postanowień wynikających z ust. 3 poniżej, w razie śmierci Ubezpieczonego określonego w §3 ust. 1 lit. a), na skutek Nieszczęśliwego wypadku, należne świadczenie, równe jest podwojonej Sumie ubezpieczenia (200%) określonej w §11, jest wypłacane w równych częściach:
   • 100% Sumy ubezpieczenia – Ubezpieczającemu,
   • 100% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
2. Z zastrzeżeniem postanowień wynikających z ust. 3 poniżej, w razie śmierci Ubezpieczonego określonego w §3 ust. 1 lit. b), na skutek Nieszczęśliwego wypadku, należne świadczenie równe jest:
   a. w przypadku Grupy ryzyk 1 – 100% Sumy ubezpieczenia określonej w §11 i wypłacane jest Ubezpieczającemu
   b. w przypadku Grupy ryzyk 2 – 150% Sumy ubezpieczenia określonej w §11 i wypłacane jest:
   • 100% Sumy ubezpieczenia – Ubezpieczającemu,
   • 50% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
   c. w przypadku Grupy ryzyk 3 – 100% Sumy ubezpieczenia określonej w §11 i wypłacane jest Ubezpieczającemu
   d. w przypadku Grupy ryzyk 4 – 150% Sumy ubezpieczenia określonej w §11 i wypłacane jest:
   • 100% Sumy ubezpieczenia – Ubezpieczającemu,
   • 50% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
3. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1, nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia po wcześniejszym zakończeniu Umowy kredytowej, to świadczenie o którym mowa w ust. 1 i ust. 2 wypłacane jest w całości Uprawnionemu.
4. Ubezpieczony ma prawo do wskazania oraz zmiany osoby uprawnionej do otrzymania części świadczenia na wypadek śmierci, innej niż część należna Ubezpieczającemu, przez złożenie pisemnego wniosku do Towarzystwa. W celu wskazania lub zmiany osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia należy podać następujące informacje:
   – nr Umowy kredytowej,
   – imię i nazwisko Ubezpieczonego,
   – nr polisy grupowej 9980/5,
   – imię i nazwisko osoby uprawnionej,
   – data urodzenia osoby uprawnionej,
   – adres do korespondencji osoby uprawnionej.
5. W przypadku podania niepełnych danych, o których mowa w ust. 4, uniemożliwiających weryfikację tożsamości Uprawnionego, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z zasadami określonymi w § 1 ust. 19 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

§9. Świadczenia z tytułu „Ubezpieczenia na wypadek trwałego i całkowitego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku"

1. W przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Towarzystwo, Trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), należne świadczenie wypłacane zostanie Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej:
   a. w przypadku Grupy ryzyk 2, 4 i 6, Sumie ubezpieczenia określonej w §11, obliczonej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg Harmonogramu) przypadającej po dniu wydania decyzji Towarzystwa o uznaniu roszczenia,
   b. w przypadku Grupy ryzyk 3 i 5, 75% Sumy ubezpieczenia określonej w §11, obliczonej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg Harmonogramu) przypadającej po dniu wydania decyzji Towarzystwa o uznaniu roszczenia.
2. Od daty Nieszczęśliwego Wypadku powodującego Trwałe i całkowite inwalidztwo do czasu uznania je za trwałe musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, Trwałe i całkowite inwalidztwo zostaje stwierdzone natychmiast i wyżej wymieniony okres 6 miesięcy nie obowiązuje.

§10 Świadczenia z tytułu „Ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego"

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i 4 poniżej, jeśli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 pkt 1 lit. a) objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Grup ryzyk 3 i 4 oraz w §3 pkt 1 b) - objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Grup ryzyk 3 i 4 nastąpi w trakcie okresu Ubezpieczenia wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, należne świadczenie, w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia określonej w §11, wypłacane jest Uprawnionemu,
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i 4 poniżej, jeśli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 pkt 1 a) objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Grup ryzyk 3 i 4 oraz w §3 pkt 1 b) - objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Grup ryzyk 3 i 4 nastąpi w trakcie okresu Ubezpieczenia po wcześniejszym zakończeniu Umowy kredytowej, wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, należne świadczenie, w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia określonej w §11, wypłacane jest Uprawnionemu.".
3. Świadczenie jest wypłacane, jeżeli łącznie:
   a. śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni kalendarzowych od daty wyżej wymienionego wypadku i
   b. bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były fizyczne obrażenia ciała spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym,
4. Ubezpieczony ma prawo do wskazania oraz zmiany osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci przez złożenie pisemnego wniosku do Towarzystwa. W celu wskazania lub zmiany osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia należy podać następujące informacje:
   – nr Umowy kredytowej,
   – imię i nazwisko Ubezpieczonego,
   – nr polisy grupowej 9980/5,
   – imię i nazwisko osoby uprawnionej,
   – data urodzenia osoby uprawnionej,
   – adres do korespondencji osoby uprawnionej.
5. W przypadku podania niepełnych danych, o których mowa w ust. 4, uniemożliwiających weryfikację tożsamości Uprawnionego, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z zasadami określonymi w § 1 ust. 19 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

§11. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz Trwałego całkowitego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, równa jest sumie:
   a. kwoty kapitału pozostałej do spłaty wynikającej z Harmonogramu, obliczanej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg Harmonogramu) przypadającej po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz
   b. kwoty odsetek będących częścią raty kapitałowo-odsetkowej, wynikającej z Harmonogramu, obowiązującej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg Harmonogramu) przypadającej po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Maksymalna kwota kredytu na potrzeby obliczania Sumy ubezpieczenia nie może przekroczyć 100.000,00 (słownie: stu tysięcy) złotych.

§12. Opłacanie Składek

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym struktury demograficznej grupy Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
2. Składki płatne są przez Ubezpieczającego z góry za cały okres ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.
3. Wysokość Składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona w Umowie kredytowej.

§13. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych z poniższych czynników:

1. Choroby lub niepełnosprawności zdiagnozowanych w ciągu 12 miesięcy przed dniem wejścia w życie ochrony ubezpieczeniowej i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy w ciągu 3 pierwszych miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony;
2. Choroby wywołanej zakażeniem wirusem HIV.
3. Podróży Ubezpieczonego dowolnego rodzaju samolotem lub innym powietrznym środkiem transportu, za wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych oraz za wyjątkiem transportu jako pacjent, poszkodowany, pomocnik lub opiekun w samolocie lub śmigłowcu-ambulansie służby zdrowia lub służb ratowniczych;
4. Samobójstwa popełnionego niezależnie od stanu poczytalności, jeżeli samobójstwo nastąpiło przed upływem dwóch lat od dnia złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia;
5. Samookaleczenia popełnionego niezależnie od stanu poczytalności;
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;
7. Wojny domowej, wojny, inwazji lub działań zbrojnych, działań nieprzyjaciela, działań wojennych, przewrotu, buntu, rozruchów, strajku, zamieszek, rebelii, rewolucji, powstania, aktów terroryzmu w zakresie, w jakim Ubezpieczony uczestniczy w tych zajściach bez jakiejkolwiek przyczyny;
8. Napaści lub usiłowania dokonania Napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia przez Ubezpieczonego dowolnego przestępstwa oraz udziału Ubezpieczonego w dowolnym działaniu przestępczym stwierdzonych prawomocnym wyrokiem Sądu.

§14. Roszczenia

W procesie rozpatrywania roszczeń wszystkie wymagane dokumenty powinny być przekazywane w formie oryginału albo kopii poświadczonej notarialnie lub przez Ubezpieczającego.

1. Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie bądź bezpośrednio poprzez wizytę w Oddziale Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego, Ubezpieczający na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie

TOP_CL_2_2_2014_ILOE_METLIFE

przesyła pocztą na wskazany adres dokumenty niezbędne do zgłoszenia roszczenia tj. ***Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego***, który po uzupełnieniu wraz z

1) odpisem skróconym aktu zgonu Ubezpieczonego;
2) statystyczną kartą zgonu lub innym niż wskazany w niniejszym ustępie dokumentem medycznym potwierdzającym przyczynę zgonu (w przypadku braku wypełnionego formularza przez lekarza),
3) kopią protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury, sądu o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, o ile sprawa taka jest prowadzona
4) kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy zostają odesłane na adres Ubezpieczającego.

Ubezpieczający po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

2. Śmierć Ubezpieczonego - roszczenia do 5.000 zł

W przypadku, gdy przesłanie dokumentów, o których mowa w ust. 1 jest niemożliwe, a zgłaszane roszczenie dotyczy zgonu Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończył 65 lat i należne świadczenie nie przekracza 5.000 zł (słownie: pięć tysięcy złotych), Towarzystwo rozpatruje roszczenie na podstawie dokonanego zgłoszenia roszczenia oraz przesłanego skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego. Zasada wyrażona powyżej znajdzie zastosowanie jedynie dla przypadków, gdy zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie trzech miesięcy od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową.

3. Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w Oddziale Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu formularz: *„Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego"*, który po wypełnieniu wraz z:

1) orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i Trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
2) kopią dowodu aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spowodowało Trwałą niezdolność do pracy,
3) kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
4) kopią protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury, sądu o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, o ile sprawa taka jest prowadzona
5) kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy, zostają przekazane Ubezpieczającemu.

Ubezpieczający po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

4. Badanie medyczne

W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
- weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia zasadności roszczenia i zgodności z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

5. Dodatkowe informacje

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski
2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do Policji, Prokuratury, Sądu, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkową informację medyczną celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

6. 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 powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w ust. 1 powyżej.

§15. Skargi i zażalenia

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesyłane na piśmie do Towarzystwa, faksem lub elektronicznie na adres email wskazany przez Towarzystwo. W celu umożliwienia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, składający skargę lub zażalenie powinien przekazać je do Towarzystwa niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenie. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania 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.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony 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. ustawą z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2010 r. Nr 51 poz. 307 j.t. z późn. zm.) i ustawą z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 74, poz.397 j.t.).

§17. Właściwe sądy

Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uprawnionymi lub ich następcami prawnymi będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Towarzystwa albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego lub ich następców prawnych albo przez sąd właściwości ogólnej.

§ 18. Prawo właściwe

Prawem właściwym dla Umowy jest prawo polskie.

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzą w życie z dniem 20 listopada 2012 roku.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Od Następstw Utraty Pracy Kredytobiorców Umowa Nr ILOE/99805/09

§1. Definicje

1. „Bliski krewny" – małżonek, rodzice, dzieci, rodzeństwo.
2. „Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej" – dzień, w którym Ubezpieczony zostaje objęty Ubezpieczeniem, czyli dzień następny po dniu zawarcia przez Ubezpieczonego umowy kredytowej.
3. „Harmonogram" – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony Umowy kredytowej w dniu jej zawarcia.
4. „Klient" – osoba fizyczna, która zawarła Umowę kredytową z Ubezpieczającym.
5. „Rocznica Umowy" – w danym roku kalendarzowym dzień odpowiadający dacie zawarcia Umowy, a jeżeli nie ma takiego dnia, następny dzień przypadający po dniu odpowiadającym dacie zawarcia Umowy.
6. „Składka" – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie Umowy
7. „Towarzystwo" – „AIG Europe Limited, zarejestrowana w Anglii i Walii pod numerem: 01486260, siedziba główna: The AIG Building, 58 Fenchurch St, Londyn EC3M 4AB, Wielka Brytania. Kapitał zakładowy AIG Europe Limited opłacony w całości wynosi 197.118.478 GBP, reprezentowana przez AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce zarejestrowany w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział KRS, pod numerem KRS 0000436014, NIP 107-00-23-828 siedziba główna: ul. Marszałkowska 111, 00-102 Warszawa."
8. „Ubezpieczający" – Santander Consumer Bank Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu. u. Strzegomska 42c.
9. „Ubezpieczony" – Klient, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem, to jest zawarł Umowę kredytową z Ubezpieczającym, przystąpił do ubezpieczenia na życie na podstawie umowy ubezpieczenia nr 9980/5, zawartej między Ubezpieczającym a MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, a także spełnia warunki, o których mowa w § 4 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
10. „Ubezpieczenie" – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie niniejszej Umowy na wypadek Utraty pracy.
11. „Umowa" – Umowa Grupowego Ubezpieczenia od Następstw Utraty Pracy Kredytobiorców „Ubezpieczenie spłaty kredytu" zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
12. „Umowa kredytowa" – umowa o kredyt gotówkowy zawarta pomiędzy Klientem a Ubezpieczającym.
13. „Utrata pracy" – wygaśnięcie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony na skutek rozwiązania tej umowy za wypowiedzeniem przez pracodawcę nie wcześniej niż w 90 dniu po dacie rozpoczęcia ubezpieczenia.

§2. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest ryzyko utraty pracy świadczonej przez Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony.
2. Zakres Ubezpieczenia obejmuje ryzyko utraty pracy przez Ubezpieczonego.

§3. Zdarzenie Ubezpieczeniowe

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest uzyskanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego z prawem do pobierania zasiłku na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U., Nr 99, poz. 1001 z późn. zm.) na skutek Utraty pracy pod warunkiem, że Ubezpieczony posiada status bezrobotnego przez okres co najmniej 90 dni.

§4. Kwalifikacja

1. Każdy Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli:
   a) ukończył 18 lat, ale nie ukończył wieku 65 (sześćdziesięciu pięciu) w dniu zawarcia Umowy kredytowej,
   b) złożył Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia na życie na podstawie umowy ubezpieczenia nr 9980/5 zawartej między Ubezpieczającym a MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie „Ubezpieczenie Spłaty Kredytu",
   c) w dniu przystąpienia do Ubezpieczenia nie jest uprawniony do świadczeń emerytalnych lub rentowych,
   d) jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony przynajmniej w połowie wymiaru czasu pracy,
   e) okres kredytowania zgodnie z Harmonogramem wynosi co najmniej 4 miesiące.
2. Uznaje się, że Klient kończy dany wiek pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie urodzin. W przypadku, jeżeli data urodzin Klienta przypada pierwszego dnia miesiąca lub, gdy klient kończy 18 lat w miesiącu podpisania Umowy kredytowej, za datę ukończenia danego wieku uznaje się dzień urodzin

§5. Uczestnictwo

1. Każdy zakwalifikowany Klient, zgodnie z § 4 powyżej, zostanie objęty Ubezpieczeniem, jeżeli złoży Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia na życie na podstawie umowy ubezpieczenia nr 9980/5, zawartej między Ubezpieczającym a MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
2. Klienci, którzy złożyli ponownie wniosek o zawarcie Umowy kredytowej z Ubezpieczeniem, są uznawani za nowych Klientów.

§6. Data rozpoczęcia i zakończenia Ubezpieczenia

1. W stosunku do indywidualnego Klienta Datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej jest dzień następujący po dniu zawarcia przez Klienta Umowy kredytowej oraz złożeniu Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia na życie na podstawie umowy ubezpieczenia nr 9980/5 zawartej między Ubezpieczającym a MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie. Okres indywidualnego Ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania, tj. od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do ostatecznego terminu spłaty, o którym mowa w Harmonogramie;
2. Ubezpieczenie każdego Ubezpieczonego wygasa w chwili:
   a) upływu okresu, za który została opłacona Składka;
   b) wypłaty świadczenia określonego w § 8 pkt 3 z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych;
   c) upływu okresu, na jaki została zawarta Umowa kredytowa zgodnie z Harmonogramem.
   d) osiągnięcia przez Ubezpieczonego 66 roku życia.

§7. Rezygnacja z Ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo rezygnacji z Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty rozpoczęcia jego Ubezpieczenia na zasadach określonych w Umowie kredytowej.
2. W przypadku rezygnacji całość Składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu.
3. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z Ubezpieczenia.

§ 8. Świadczenia

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu miesięczne świadczenie w wysokości miesięcznej raty wynikającej z Harmonogramu. Z zastrzeżeniem §3 Świadczenie jest płatne od 1 dnia za każde pełne 30 dni posiadania statusu bezrobotnego.
2. W przypadku wcześniejszego zakończenia Umowy kredytowej świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej jest wypłacane w całości Ubezpieczonemu.
3. Maksymalna liczba miesięcznych świadczeń określonych powyżej w ust. 1 nie może przekroczyć 3 z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego i 6 z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych, a maksymalna suma tych świadczeń nie może przekroczyć odpowiednio 12 000 zł i 24 000 zł. Maksymalna liczba świadczeń miesięcznych nie może również przekroczyć liczby rat kredytu pozostałych do spłaty od daty uznania roszczenia. W przypadku, gdy Ubezpieczony w tym samym czasie posiada więcej niż jedną Umowę kredytową z ubezpieczeniem wynikającym z niniejszej Umowy, maksymalna kwota świadczenia z tytułu Ubezpieczenia będzie obliczana przy uwzględnieniu powyższego limitu.
4. Świadczenie z tytułu kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone, jeżeli od momentu wypłaty ostatniej raty świadczenia z tytułu poprzedniego zdarzenia ubezpieczeniowego upłynie okres nie krótszy niż 12 następujących po sobie miesięcy zatrudnienia na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony przynajmniej w połowie wymiaru czasu pracy u jednego pracodawcy przez Ubezpieczonego.

§9. Opłacanie Składek

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku i płci Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
2. Składki płatne są w złotych jednorazowo za cały okres ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.
3. Składka jest uiszczana Towarzystwu przez Ubezpieczającego.

§10. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

Towarzystwo nie wypłaci pierwszej lub kolejnych rat świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynikło bezpośrednio lub pośrednio z dowolnego z poniższych powodów:

a) wypowiedzenia umowy o pracę przez Ubezpieczonego lub rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron;
b) uzyskanie prawa do emerytury lub wcześniejszej emerytury;
c) jeżeli były pracodawca jest bliskim krewnym Ubezpieczonego;
d) uzyskania prawa do świadczenia z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego;
e) wojny, strajków lub działań niezgodnych z prawem;
f) w przypadku dyscyplinarnego zwolnienia Ubezpieczonego z pracy;
g) w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
h) w przypadku utraty przez Ubezpieczonego prawa do pobierania zasiłku określonego w § 3 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
i) w okresie bezpośrednio poprzedzającym Utratę pracy Ubezpieczony nie przepracował na podstawie umowy o pracę przynajmniej w połowie wymiaru czasu pracy u jednego pracodawcy co najmniej 6 następujących po sobie miesięcy na czas nieokreślony.

§11.Roszczenia

W procesie rozpatrywania roszczeń wszystkie wymagane dokumenty powinny być przekazywane w formie oryginału albo kopii poświadczonej notarialnie albo w formie kopii poświadczonej przez uprawnionego przedstawiciela Ubezpieczającego albo przez osobę uprawnioną z zakładu pracy (dotyczy kopii rozwiązania umowy o pracę).

1. Zawiadomienie o Utracie pracy przez Ubezpieczonego
   1. W przypadku utraty pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczony kontaktuje się z Ubezpieczającym w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia. Ubezpieczający niezwłocznie przesyła Ubezpieczonemu formularz Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie Ubezpieczonego. Ubezpieczony wypełnia formularz i wraz z kopią rozwiązania umowy o pracę, zaświadczeniem z urzędu pracy o aktualnym wpisie Ubezpieczonego jako bezrobotnego do rejestru bezrobotnych oraz prawie do pobierania zasiłku dla bezrobotnych przesyła do Ubezpieczającego.
   2. Aby otrzymać każdą kolejną ratę świadczenia z tytułu Utraty pracy Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczać do Ubezpieczającego zaświadczenie z urzędu pracy o aktualnym wpisie Ubezpieczonego jako bezrobotnego do rejestru bezrobotnych oraz prawie do pobierania zasiłku dla bezrobotnych.
2. Dodatkowe informacje
   Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do Policji, Prokuratury, Sądu i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje w celu ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
3. Wypłata świadczenia
   Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania pisemnego wniosku Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, pod warunkiem, że wszystkie wymagane przez Towarzystwo informacje zostały podane. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku

§12.Skargi i zażalenia

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesłane na adres siedziby Towarzystwa . Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź.
2. W przypadku nie uznania skargi lub zażalenia przez Towarzystwo organem właściwym do rozpatrzenia skarg i zażaleń jest Rzecznik Ubezpieczonych.

§13. Podatki

Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych.

§14. Właściwe sądy

Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane będą rozstrzygane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia."

Dyrektor Oddziału
Agnieszka Żołędziowska-Kulig

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzą w życie z dniem 6 kwietnia 2009 roku.