Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Nr 9000KW15 (OWU)

MetLife®

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

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*.

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 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych *OWU* określenia pisane z dużej litery 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. **Czasowa niezdolność do pracy** – wywołana *Chorobą* lub *Nieszczęśliwym wypadkiem* czasowa i całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do wykonywania jego dotychczasowej pracy, wykonywanej na podstawie stosunku pracy lub do świadczenia usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, lub do prowadzenia własnej działalności gospodarczej.
5. **Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony *Umowy kredytowej* w dniu jej zawarcia.

6. **Hospitalizacja** – pobyt *Ubezpieczonego* w *Szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych, pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do *Szpitala* (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. *Hospitalizacją* nie jest w rozumieniu niniejszych *OWU* pobyt w *Szpitalu* w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w *Szpitalu* na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
7. **Klient** – osoba fizyczna, która zawarła *Umowę kredytową* z Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
8. **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.
9. **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9000KW15.
10. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności *Towarzystwa*, określona w art. 7 niniejszych *OWU*.
11. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek *Ubezpieczającego* o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* i potwierdzenie przez *Towarzystwo* zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego* zgodnie z wybranym wariantem.
12. **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj. wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. *Szpitalem* nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

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

13. **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.
14. **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*.
15. **Ubezpieczający** – *Klient*, który zawarł z *Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia* za pośrednictwem *Agenta*, zobowiązany do zapłaty składki.
16. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana *Ubezpieczonemu* na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*.
17. **Ubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem *Umowy Ubezpieczenia*. *Ubezpieczonym* może być tylko *Ubezpieczający*.
18. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym*, na którą składają się postanowienia niniejszych *OWU*, *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia* oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy *Ubezpieczającego* oraz *Towarzystwa* załączone do *Umowy Ubezpieczenia* i stanowiące jej integralną całość.
19. **Umowa kredytowa** – umowa o kredyt gotówkowy lub kredyt konsolidacyjny, zawierana pomiędzy *Klientem* i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
20. **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wyznaczona na piśmie przez *Ubezpieczonego* jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* (w tym z tytułu śmierci na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*).
21. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej *Umowy Ubezpieczenia* określone w art. 4 ust. 1 *OWU*.

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

1. **Zakres *Ubezpieczenia***
   Zakres *Ubezpieczenia* wskazany jest w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, zgodnie z wybranym przez *Ubezpieczonego* wariantem *Ubezpieczenia* i obejmuje następujące *Zdarzenia ubezpieczeniowe*:
   a) w ramach wariantu 1.:
      – śmierć *Ubezpieczonego*,
   b) w ramach wariantu 2.:
      – śmierć *Ubezpieczonego*,
      – śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
      – *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
      – *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku*,
   c) w ramach wariantu 3.:
      – śmierć *Ubezpieczonego*,
      – *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,

– *Czasową niezdolność do pracy* dla osób, które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności nie ukończyły 65. roku życia oraz są *Aktywne zawodowo*, a dla pozostałych osób – *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
– *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku*,

PRZYKŁAD: Klient przystąpił do Ubezpieczenia mając 38 lat, jego zakres ochrony obejmował: śmierć, Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, **Czasową niezdolność do pracy** oraz Hospitalizację na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. W wieku 40 lat zaczął otrzymywać rentę, przestał być aktywny zawodowo, a jego zakres ochrony uległ zmianie: zamiast Czasowej niezdolności do Pracy zakres ochrony obejmował **Hospitalizację na skutek Nieszczęśliwego wypadku**.

d) w ramach wariantu 4.:
– śmierć *Ubezpieczonego*,
– śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
– *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
– *Czasową niezdolność do pracy* dla osób, które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności nie ukończyły 65. roku życia oraz są *Aktywne zawodowo*, a dla pozostałych osób – *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
– *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku*,
– operację *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub zabieg chirurgiczny *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*.

PRZYKŁAD: Klient zaciągnął kredyt na 5 lat mając 64 lata, zdecydował się przystąpić do ubezpieczenia. W wieku 66 lat uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w wyniku którego trafił do szpitala. W takim przypadku Klient za każde 30 dni pobytu w szpitalu dostanie świadczenie równe dwóm ratom kredytu (kumulacja świadczeń).

2. **Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego***
W przypadku śmierci *Ubezpieczonego Towarzystwo* wypłaca *Uposażonemu* świadczenie w wysokości *Sumy ubezpieczenia* na wypadek śmierci *Ubezpieczonego*, obliczonej zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 1 *OWU*.

3. **Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku***
W razie śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, poza świadczeniem określonym powyżej w ust. 2, *Towarzystwo* wypłaci *Uposażonemu* dodatkowe świadczenie w wysokości *Sumy ubezpieczenia* na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 2 *OWU*.

4. **Świadczenia z tytułu *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego***
1) W przypadku stwierdzenia przez *Towarzystwo* wystąpienia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*, *Towarzystwo* wypłaca *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *Sumy ubezpieczenia* na wypadek *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy*, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 3 *OWU*.
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 dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).
4) Od daty *Nieszczęśliwego wypadku* lub zdiagnozowania *Choroby* do momentu uznania, iż spowodowały one *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, 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.

5. **Świadczenia z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku***
1) W razie *Hospitalizacji Ubezpieczonego* pierwsze świadczenie zostanie wypłacone *Ubezpieczonemu* w wysokości równej *Sumie ubezpieczenia*, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 4. *OWU*, po nieprzerwanym 30-dobowym okresie *Hospitalizacji*.

2) Świadczenie z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* zostanie wypłacone pod warunkiem, że *Hospitalizacja* nastąpiła w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku*, który nastąpił w czasie trwania *Ubezpieczenia*, lub *Choroby*, która została rozpoznana w trakcie trwania *Ubezpieczenia*.
3) Drugie i kolejne świadczenia z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* płatne są od 31. doby *Hospitalizacji* za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej *Hospitalizacji*.
4) Świadczenie jest należne jedynie za okres *Hospitalizacji*, w trakcie którego *Ubezpieczony* jest objęty *Ubezpieczeniem*.
5) W ramach jednej *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku*:
a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 4 *OWU*,
przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są *Aktywne zawodowo*, o których mowa w ust. 6 poniżej.
6) Następujące po sobie okresy *Hospitalizacji* będą uznawane za jedną *Hospitalizację*, chyba że okres przerwy między *Hospitalizacjami* będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
7) W ramach wszystkich *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub *Choroby* w trakcie trwania *Ubezpieczenia*:
a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 4 *OWU*,
przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są *Aktywne zawodowo*, o których mowa w ust. 6 poniżej.

6. **Świadczenia z tytułu**
Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego
dla osób *Aktywnych zawodowo*, które nie ukończyły 65. roku życia
albo
Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku
dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są *Aktywne zawodowo*
1) W przypadku stwierdzenia przez *Towarzystwo* wystąpienia *Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*, świadczenie w wysokości określonej w art. 7 ust. 5 *OWU* będzie należne jedynie pod warunkiem, że *Czasowa niezdolność do pracy* rozpoczęła się w czasie, gdy *Ubezpieczony* nie ukończył 65. roku życia oraz był *Aktywny zawodowo*, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień *OWU*.
2) Świadczenie płatne jest za każde pełne 30 dni potwierdzonego stanu *Czasowej niezdolności do pracy*, z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba świadczeń z tytułu jednego zdarzenia nie może przekroczyć 6, a całkowita kwota świadczeń wartości, o której mowa w art. 7 ust. 5 *OWU*.
3) W przypadku, gdy powtórna *Czasowa niezdolność do pracy* ma miejsce w czasie krótszym niż 12 miesięcy od daty zakończenia poprzedniej, odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się od pierwszego dnia powtórnej *Czasowej niezdolności do pracy* i jest ona traktowana jako kontynuacja poprzedniej *Czasowej niezdolności do pracy*.
4) Prawo do świadczenia z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy* kończy się:
a) z upływem 6. (szóstego) 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu jednej *Czasowej niezdolności do pracy*,
b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej *Czasowej niezdolności do pracy*,
c) z dniem, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65 lat,
d) z dniem, kiedy *Ubezpieczony* uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
e) z upływem 12. (dwunastego) 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy* w trakcie okresu *Ubezpieczenia*,
f) z chwilą nabycia prawa do wypłaty 100% *Sumy ubezpieczenia* z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy*, zgodnie z art. 7 ust. 5 *OWU*,

PRZYKŁAD: Ubezpieczony przez 7 miesięcy ma orzeczoną Czasową niezdolność do pracy. Jego rata kredytowa wynosi 9.000 zł. Ubezpieczony pierwsze 5 świadczeń będzie miał wypłacanych w pełnej wysokości (po 9.000 zł), 6. świadczenie jedynie w części (w wysokości 3.000 zł), gdyż z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci maksymalnie kwotę, o której mowa w art. 7 ust. 5, czyli 48.000 zł. Ubezpieczony nie otrzyma świadczenia za 7. miesiąc, ponieważ maksymalna liczba świadczeń z tytułu jednego zdarzenia wynosi 6.

g) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności *Towarzystwa* zgodnie z art. 13.
5) W razie *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego*, który w dniu rozpoczęcia *Hospitalizacji* ma ukończony 65. rok życia lub nie jest *Aktywny zawodowo*, pierwsze świadczenie zostanie wypłacone *Ubezpieczonemu* w wysokości równej *Sumie ubezpieczenia*, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 5 *OWU*, po nieprzerwanym 30-dobowym okresie *Hospitalizacji*.
6) Świadczenie z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, w wysokości określonej w art. 7 ust. 5 *OWU*, zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
a) *Hospitalizacja* nastąpiła w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku*, który nastąpił w czasie trwania *Ubezpieczenia* i
b) *Hospitalizacja Ubezpieczonego* miała miejsce w trakcie trwania *Ubezpieczenia*, i
c) *Ubezpieczony* podlegał *Hospitalizacji* przez okres co najmniej 30 następujących po sobie dób.
7) Drugie i kolejne świadczenia z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* płatne są od 31. doby *Hospitalizacji* za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej *Hospitalizacji*.

8) Świadczenie jest należne jedynie za okres *Hospitalizacji*, w trakcie którego *Ubezpieczony* jest objęty *Ubezpieczeniem*.
9) W ramach jednej *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*:
   a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
   b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 5 *OWU*,
   przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub *Choroby*, o których mowa w ust. 5 powyżej.
10) Następujące po sobie okresy *Hospitalizacji* spowodowane tym samym *Nieszczęśliwym wypadkiem* będą uznawane za tę samą *Hospitalizację*, chyba że okres przerwy między *Hospitalizacjami* będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
11) W ramach wszystkich *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* w trakcie trwania *Ubezpieczenia*:
   a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
   b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 5 *OWU*,
   przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub *Choroby*, o których mowa w ust. 5 powyżej.

WAŻNE: Zdarzenia:
1. Hospitalizacja na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby oraz
2. Czasowa niezdolność do pracy lub Hospitalizacja na skutek Nieszczęśliwego wypadku
traktowane są rozdzielnie, a limity, o których mowa w ust. 5 i 6 art. 4, nie sumują się.

7. **Świadczenia z tytułu operacji lub zabiegu chirurgicznego na skutek *Nieszczęśliwego wypadku***
   1) W przypadku operacji lub zabiegu chirurgicznego *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, wymienionych w Tabeli nr 1, o której w mowa w art. 7 ust. 6 *OWU*, *Towarzystwo* wypłaci świadczenie w wysokości *Sumy ubezpieczenia* zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 6 *OWU*, pod warunkiem, że *Hospitalizacja Ubezpieczonego* nastąpiła w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku*, który nastąpił w czasie trwania odpowiedzialności *Towarzystwa*.
   2) W przypadku *Nieszczęśliwego wypadku*, skutkującego złamaniem kości, świadczenie związane ze złamaniem zostanie wypłacone także w przypadku zastosowania leczenia bez konieczności *Hospitalizacji*.

ARTYKUŁ 5. ZAWARCIE UMOWY, OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. *Ubezpieczeniem* może zostać objęty każdy *Klient*, który spełnia łącznie poniższe warunki:
   1) w dniu rozpoczęcia *Ubezpieczenia* ukończył 18 lat,
   2) w dniu ostatecznej spłaty kredytu udzielonego na podstawie *Umowy kredytowej* wskazanym w *Harmonogramie* nie ukończy 75 lat.
2. *Klient*, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty *Ubezpieczeniem*, pod warunkiem zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* i opłacenia składki zgodnie z art. 6 *OWU*.
3. Odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*, pod warunkiem opłacenia składki. W przypadku nieopłacenia składki ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się.
4. *Umowa Ubezpieczenia* zostaje zawarta z chwilą doręczenia *Ubezpieczonemu* przez *Towarzystwo Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*.
5. Jeżeli treść *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* 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 *Ubezpieczony* w terminie 7 dni od doręczenia *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* 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. Okres ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania zgodnie z *Harmonogramem*.

ARTYKUŁ 6. SKŁADKA

1. Wysokość składki z tytułu *Ubezpieczenia* danego *Ubezpieczonego* jest określona w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
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*, a także charakterystyki *Umów kredytowych*.
3. Składki płatne są przez *Ubezpieczającego* w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres *Ubezpieczenia* danego *Ubezpieczonego*.

ARTYKUŁ 7. SUMA UBEZPIECZENIA

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

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

Tabela nr 1

Operacje na skutek Nieszczęśliwego wypadku i zabiegi chirurgiczne na skutek Nieszczęśliwego wypadku	wysokość świadczenia wyrażona jako liczba miesięcznych rat w ramach danej Umowy kredytowej
JAMA BRZUSZNA	
– wycięcie wyrostka robaczkowego	4
– wycięcie jelita	5
– wycięcie żołądka	5
– zespolenie żołądkowo-jelitowe	4
– usunięcie pęcherzyka żółciowego	5
– cesarskie cięcie	4
– otwarcie jamy brzusznej celem rozpoznania, leczenia lub usunięcia jednego lub kilku narządów, z wyjątkiem tu wymienionych	4
Przeprowadzenie dwu lub więcej operacji chirurgicznych podczas tego samego otwarcia jamy brzusznej będzie uważane za jedną operację.	
ROPIEŃ	
– nacięcie powierzchownego ropnia, wrzodu lub czyraka – jednego lub kilku	1
AMPUTACJA	
– palców rąk i nóg – każdy	1
– ręki, przedramienia lub stopy do kostki	2
– podudzia, ramienia lub uda	3
– uda na wysokości biodra	5
KLATKA PIERSIOWA	
– pełna (całkowita) torakoplastyka	7
– usunięcie płuca lub jego części	5
– otwarcie klatki piersiowej celem rozpoznania lub leczenia zawartych tam organów oprócz nakłucia	2
– usunięcie ropy z wyjątkiem nakłucia	1
– sztuczna odma opłucnowa	1
bronchoskopia:	
– diagnostyczna	1
– operacyjna, z wyjątkiem biopsji	2

PRZEŁYK	
– operacja zwężenia	3
OKO	
– odwarstwienie siatkówki – wielokrotne łączenie	7
– zaćma	4
– usunięcie gałki ocznej	2
UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY	
– usunięcie nerki	5
STAWY I ZWICHNIĘCIA	
– nacięcie (otwarcie) stawu na skutek choroby lub zaburzenia, oprócz tu wymienionych przypadków, z wyjątkiem nakłucia	1
– nacięcie (otwarcie) stawu barkowego, łokciowego, biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem nakłucia	3
wycięcie, umocowanie operacyjne, wyłuszczenie w stawie lub plastyka:	
– stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	5
– stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	3
– palców rąk i nóg – każdy	1
– stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	1
– żuchwy	1
– stawu biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem rzepki	2
– rzepki	1
Dla zwichnięcia wymagającego leczenia operacyjnego powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu.	
PARACENTEZA	
nakłucia:	
– brzucha	1
– klatki piersiowej lub pęcherza moczowego, z wyłączeniem cewnikowania	1
– błony bębenkowej, wodniaka, stawu lub kręgosłupa	1
CZASZKA	
– otwarcie jamy czaszki, z wyłączeniem trepanacji i nakłucia	7
– usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie	2
Złamania:	
leczenie złamania prostego:	
– obojczyka, obręczy barkowej lub przedramienia – jedna kość	1
– kości guzicznej, kości stępu, kości śródstopia, kości piętowej	1
– uda	3
– ramienia lub podudzia	2
– palców rąk lub nóg – każdy, lub żebra	1
– przedramienia – dwie kości, rzepki lub miednicy, niewymagające stosowania wyciągu	2
– podudzia – dwie kości	2
– żuchwy	2
– nadgarstka, śródręcza, nosa, żeber – dwa lub więcej, lub mostka	1
– miednicy – wymagające wyciągu	2
– kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy	1
– kręgu – złamanie kompresyjne – jedno lub więcej	3
– przegubu dłoni	1
leczenie złamania złożonego otwartego:	
– dla złamań złożonych powyższe współczynniki zwiększają się o połowę	
– dla złamań wymagających leczenia operacyjnego, w tym przeszczepów kostnych lub zespoleń kostnych, powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu, lecz nie mogą przekroczyć	7

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

ARTYKUŁ 8. 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***:
      a) odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego* (oryginał lub kopia potwierdzona przez *Agenta*),
      b) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu (oryginał lub 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 w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku* lub
      d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć *Ubezpieczonego* jest związana z wypadkiem przy pracy,
      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***:
   - <u>w przypadku osób *Aktywnych zawodowo*:</u>
      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 *Ubezpieczonego*,
   - <u>w przypadku osób, które nie były *Aktywne zawodowo*:</u>
      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 *Ubezpieczonego*;
   3) w przypadku ***Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego***:
      a) kopii zwolnienia lekarskiego, orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenia wydanego przez lekarza rzeczoznawcę KRUS, lub inny organ uprawniony do orzekania w zakresie niezdolności do pracy, potwierdzającego *Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
      b) dokumentacji potwierdzającej prowadzenie przez *Ubezpieczonego* w dniu rozpoczęcia *Czasowej niezdolności do pracy* działalności gospodarczej lub uzyskiwanie dochodu z tytułu stosunku pracy lub innego stosunku prawnego,
      c) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *Czasowej 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 *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce w pracy,
      f) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
      g) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
   4) w przypadku ***Hospitalizacji Ubezpieczonego***:
      a) kopii dokumentacji medycznej *Ubezpieczonego* dotyczącej *Hospitalizacji*,
      b) kopii karty wypisowej z leczenia szpitalnego,
      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, gdy *Hospitalizacja* miała miejsce na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
      d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Hospitalizacja* jest związana z wypadkiem przy pracy,
      e) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
      f) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
   5) w przypadku **operacji lub zabiegu chirurgicznego *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku***:
      a) kopii karty informacyjnej pobytu w szpitalu zawierającej niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia, a w szczególności leczenia operacyjnego wraz z wynikami badań,
      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, które potwierdzą, że *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
      c) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce w pracy,
      d) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
      e) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.

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 9. BADANIE LEKARSKIE

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

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

ARTYKUŁ 10. 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. *Ubezpieczony* 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 *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*,
   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 dowodu osobistego *Ubezpieczonego*.
3. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie *Uposażonego* świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 6.
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 11. 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 świadomego przestępstwa przez *Ubezpieczonego* oraz udziału *Ubezpieczonego* w dowolnym działaniu przestępczym,
   6) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia *Zdarzenia ubezpieczeniowego*, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było bezpośrednią przyczyną danego *Zdarzenia ubezpieczeniowego*.
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego* jest związana z zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania, w tym zaburzeniami nerwicowymi.
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Czasowa niezdolność do pracy* wystąpiła wskutek:
   1) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
   2) niesprawności stwierdzonej przez *Ubezpieczonego* na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych żadnymi dodatkowymi badaniami,
   3) wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie.
4. Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Hospitalizacja Ubezpieczonego* powstała na skutek:
   1) wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
   2) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
   3) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków *Nieszczęśliwych wypadków* objętych niniejszą *Umową Ubezpieczenia*,
   4) wykonywania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu *Choroby* rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
   5) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
   6) infekcji powstałych w trakcie *Hospitalizacji*,
   7) jakiejkolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym *Szpitala*.
5. Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja lub zabieg chirurgiczny na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, o których mowa w art. 4 ust. 7, wynikają lub są związane z:
   1) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
   2) jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu *Choroby*,
   3) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków *Nieszczęśliwych wypadków* objętych niniejszą *Umową Ubezpieczenia*,
   4) wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
   5) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, w tym zaburzeń nerwicowych,
   6) wszelkimi uszkodzeniami ciała powstałymi przed datą objęcia *Ubezpieczonego Ubezpieczeniem*,
   7) jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie *Hospitalizacji*,
   8) uszkodzeniem ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa przez *Ubezpieczonego*, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
   9) promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
   10) pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej,

11) podróżą jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, rozumianych jako przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób.

ARTYKUŁ 12. 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.
   Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu *Umowy Ubezpieczenia* następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego *Agentowi* lub bezpośrednio *Towarzystwu*.
2. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, powinno zawierać: imię i nazwisko *Ubezpieczonego*, numer PESEL oraz numer *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*.
3. 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*.
4. W przypadku wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczenie* trwa do końca danego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, tj. do dnia wymagalności (włącznie z tym dniem) najbliższej (ustalonej zgodnie z *Harmonogramem*) raty kredytu przypadającej po dniu złożenia przez *Ubezpieczonego* wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia*. W takim przypadku *Ubezpieczającemu* przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej przez *Ubezpieczonego* ochrony ubezpieczeniowej.

ARTYKUŁ 13. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Odpowiedzialność *Towarzystwa* w stosunku do każdego *Ubezpieczonego* wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:
1) upływu okresu, za który została opłacona składka,
2) śmierci *Ubezpieczonego*,
3) stwierdzenia *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
4) odstąpienia od *Umowy Ubezpieczenia* przez *Ubezpieczającego*,
5) z dniem wymagalności najbliższej (ustalonej zgodnie z *Harmonogramem*) raty kredytu przypadającej po dniu złożenia przez *Ubezpieczonego* wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia*,
6) z upływem okresu wskazanego w *Harmonogramie*, na jaki został udzielony kredyt na podstawie *Umowy kredytowej*.

ARTYKUŁ 14. 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 15. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

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

ARTYKUŁ 16. 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 17. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być przekazane do *Towarzystwa* pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazane w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.

2. Korespondencja wysyłana przez *Towarzystwo* do *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazane w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 18. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW I ROZPATRYWANIE SKARG

1. Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy Ubezpieczenia* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczonym*, *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 19. AKTUALIZACJA INFORMACJI

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

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

ARTYKUŁ 20. 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

PA354-A15

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