

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Nr 9000ST16 (OWU)



MetLife®

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

POMOC

Szanowni Państwo, w ramach umieszczonych w treści OWU pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najważniejszych zagadnień. Mamy nadzieję, że SNOOPY – ambasador marki MetLife przybliży i objaśni Państwu trudne sformułowania użyte w OWU. Dodatkowo, słowa wyróżnione kursywą zostały zdefiniowane na początku dokumentu.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

WAŻNE

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



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.



PRZYKŁADY

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



ARTYKUŁ 1. WSTĘP

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

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane z dużej litery oznaczają:

- Agent** – Santander Consumer Bank S.A., z siedzibą we Wrocławiu, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz *Towarzystwa*.
- Aktywność zawodowa** – prowadzenie przez *Ubezpieczonego* działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy, lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej. Za osoby *Aktywne zawodowo* uznaje się również osoby czasowo nieświadczące pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego o *Czasowej niezdolności do pracy* przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy lub przebywające na urlopach macierzyńskich lub płatnych urlopach wypoczynkowych.
- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła u *Ubezpieczonego* w okresie odpowiedzialności *Towarzystwa*.
- 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.
- Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony *Umowy kredytowej* w dniu jej zawarcia.
- Hospitalizacja** – pobyt *Ubezpieczonego* w *Szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych, pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do *Szpitala* (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. *Hospitalizacją* nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w *Szpitalu* w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w *Szpitalu* na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła *Umowę kredytową* z Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności *Towarzystwa* z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* i spowodowało u *Ubezpieczonego* fizyczne obrażenie ciała.
- OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9000ST16.
- Reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*, kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności.
- Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności *Towarzystwa*, określona w art. 7 niniejszych OWU.
- 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.
- 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.



- 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 TUnZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie, powstała na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub *Choroby*, z zastrzeżeniem postanowień art. 4 ust. 4 pkt 3 OWU.

16. **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z *Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia* za pośrednictwem *Agenty*, zobowiązany do zapłaty składki.
17. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana *Ubezpieczonemu* na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*.
18. **Ubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem *Umowy Ubezpieczenia*. *Ubezpieczonym* może być tylko *Ubezpieczający*.
19. **Umowa 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 integralną całość.
20. **Umowa kredytowa** – umowa o kredyt gotówkowy lub kredyt konsolidacyjny, zawierana pomiędzy *Klientem* i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
21. **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*).
22. **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 warunek 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

- Ubezpieczeniem* może zostać objęty każdy *Klient*, który spełnia łącznie poniższe warunki:
 - w dniu rozpoczęcia *Ubezpieczenia* ukończył 18 lat,
 - w dniu ostatecznej spłaty kredytu, wskazanym w *Harmonogramie*, udzielonego na podstawie *Umowy kredytowej* nie ukończy 75 lat.
- 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.
- Od 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.
- Umowa Ubezpieczenia* zostaje zawarta z chwilą doręczenia *Ubezpieczonemu* przez *Towarzystwo Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*.
- Jeżeli treść *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, *Towarzystwo* przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
- 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.
- 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*.
- Okres ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania zgodnie z *Harmonogramem*.

ARTYKUŁ 6. SKŁADKA

- Wysokość składki z tytułu *Ubezpieczenia* danego *Ubezpieczonego* jest określona w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
- 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*.
- Składki płatne są przez *Ubezpieczającego* w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres *Ubezpieczenia* danego *Ubezpieczonego*.

ARTYKUŁ 7. SUMA UBEZPIECZENIA

- Suma ubezpieczenia* z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* równa jest sumie:
 - 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
 - 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 70.000,00 (siedemdziesiąt tysięcy) złotych.
- Suma ubezpieczenia* z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* równa jest sumie:
 - 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
 - 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 70.000,00 (siedemdziesiąt tysięcy) złotych.
- Suma ubezpieczenia* z tytułu *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* równa jest sumie:
 - 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 zdiagnozowania *Choroby* powodujących *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, oraz
 - 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 70.000,00 (siedemdziesiąt tysięcy) złotych.
- 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.
- Suma ubezpieczenia* z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* 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.
- 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 i zabiegi chirurgiczne na skutek Nieszczęśliwego wypadku	wysokość świadczenia wyrażona jako liczba miesięcznych rat pożyczki
JAMA BRZUSZNA	
– wyłonienie czasowej przetoki na jelicie grubym	5
– odcinkowa resekcja jelita cienkiego	4
– zszycie żołądka	3
– zespolenie żołądkowo-jelitowe	4
– zszycie uszkodzonej wątroby	5
– rozwiązanie ciąży z powodu urazu	4
– usunięcie śledziony	4
– otwarcie zwiadowcze jamy brzusznej	3
– laparoscopia diagnostyczna	1
– leczenie operacyjne urazu drążącego trzustki	6
– laparotomia zwiadowcza	2
KRWIAK	
– nacięcie pourazowego krwiaka nadpowięziowego	1
– nacięcie pourazowego krwiaka podpowięziowego	2
AMPUTACJA LUB REIMPLANTACJA	
– palców rąk i palucha – każdy	1
– palców stopy innych niż paluch – dwóch i więcej	1
– dłoni lub stopy	2
– podudzia lub przedramienia	3
– uda lub ramienia	4

– uda na wysokości stawu biodrowego lub ramienia w stawie ramiennym	5
– częściowa dwóch kończyn, powyżej dłoni lub stopy	7
KLATKA PIERSIOWA	
– drenaż opłucnej	1
– resekcja tkanki płucnej	4
– resekcja płuca	5
– torakoskopia zwiadowcza	1
– operacyjna stabilizacja klatki piersiowej	3
– czasowa stabilizacja klatki piersiowej za pomocą respiratora	2
– tracheostomia	1
– zszywanie rozerwanej tchawicy	5
– odbarczenie tamponady serca	5
– zastosowanie krążenia pozaustrojowego w wyniku urazu	7
– założenie stentgraftu przy rozwarstwieniu aorty zstępującej	7
BRONCHOSKOPIA	
– aspiracyjna, w tym usunięcie ciała obcego	1
– operacyjna	2
PRZEŁYK	
– operacja zwężenia poprzez torakotomię	5
– operacje endoskopowe	1
OKO	
– operacja w wyniku urazu drążącego gałki ocznej powodującego ślepotę	7
– usunięcie zaćmy	4
– zszywanie rogówki	1
– korekcja zeza	3
– usunięcie gałki ocznej	3
UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY	
– usunięcie nerki	5
– zaopatrzenie uszkodzonej nerki	4
– częściowa amputacja lub reimplantacja prącia lub jądra	3
– amputacja lub reimplantacja całego prącia lub obu jąder	7
– usunięcie macicy	4
– zszywanie pęcherza moczowego	3
– zszywanie cewki moczowej	2
STAWY I ZWICHNIĘCIA	
– punkcja pourazowego krwiaka stawu	1
– artroskopia stawu biodrowego, łokciowego, ramiennego lub kolanowego	3
wycięcie, umocowanie operacyjne, wyłuszczenie w stawie lub plastyka:	
– stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	5
– stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	3
leczenie operacyjne zwichnięć:	
– palców rąk i nóg – każdy	1
– stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	1
– żuchwy	1
– stawu biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem rzepek	2
– rzepek	1
PUNKCJA	
– klatki piersiowej lub pęcherza moczowego, z wyłączeniem cewnikowania	1
– błony bębenkowej, stawu lub kręgosłupa	1
CZASZKA	
– otwarcie jamy czaszki, z wyłączeniem trepanacji i nakłucia	7
– repozycja wgłobienia kości, trepanacja lub odbarczenie	2
ZŁAMANIA	
umocowanie operacyjne lub zespolenie złamania prostego:	
– obręczy barkowej lub przedramienia – jedna kość	1
– kości guzicznej, kości skokowej, kości śródstopia – dwóch i więcej, kości piętowej	1
– uda	3
– ramienia	2
– palców rąk lub palucha – każdy	1
– przedramienia – dwie kości, rzepek lub miednicy, niewymagające stosowania wyciągu	2
– podudzia – dwie kości – powyżej szczeliny stawu piszczelowo-skokowego	2
– żuchwy	2
– śródreżca, nosa, żeber – dwóch lub więcej lub mostka	1
– miednicy – wymagające wyciągu	3
– kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy	1
– kręgu – złamanie kompresyjne – jedno lub więcej	2
– nadgarstka i stępu	1
leczenie złamania złożonego otwartego:	
– dla złamań złożonych powyższe współczynniki zwiększają się o połowę	

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 *Agent*),
 - b) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu (oryginał lub kopia potwierdzona przez *Agent*),
 - 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**:
 - w przypadku osób **Aktywnych zawodowo**:
 - a) orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
 - b) kopii dowodu prowadzenia *Aktywności zawodowej* (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu, kopia stosownej umowy cywilnoprawnej lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) przez *Ubezpieczonego* w dniu zajścia zdarzenia, które spowodowało *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy*,
 - c) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy*,
 - d) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *Nieszczęśliwego Wypadku*,
 - e) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Trwała i całkowita niezdolność do pracy* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - f) wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - g) kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*,
 - w przypadku osób, które nie były *Aktywne zawodowo*:
 - 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 o 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:

- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Santander Consumer Bank S.A. we Wrocławiu, przy ul. Strzegomskiej 42c
- **osobiście** – 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 TUŹIR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa)
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUŹIR 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 do 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 podatkom od spadków i darowizn.



- Ubezpieczony* ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany *Uposażonego* przez doręczenie do *Towarzystwa* pisemnego oświadczenia.
- W celu wskazania lub zmiany *Uposażonego* należy podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko *Ubezpieczającego*,
 - nr *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*,
 - imię i nazwisko *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną: nazwa firmy),
 - data urodzenia *Uposażonego* (jeśli jest osobą fizyczną),
 - adres do korespondencji *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną: siedziba firmy),
 - PESEL *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* jest osobą prawną: NIP),
 - udział procentowy *Uposażonego* w części świadczenia.
 Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego *Ubezpieczonego*.
- W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie *Uposażonego* świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 6.
- Zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *Towarzystwo* oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
- Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do śmierci *Ubezpieczonego*, wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne.
- 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.



- Niniejsze *Ubezpieczenie* nie obejmuje *Zdarzeń ubezpieczeniowych* powstałych na skutek:
 - samobójstwa *Ubezpieczonego* popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od dnia zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,
 - samookaleczenia *Ubezpieczonego* lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego* popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - Choroby* lub niepełnosprawności *Ubezpieczonego* zdiagnozowanych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia *Ubezpieczenia* i będących przyczyną wystąpienia *Zdarzenia ubezpieczeniowego* objętego *Ubezpieczeniem* – w ciągu pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia *Ubezpieczenia*,
 - wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - popelnienia lub próby popelnienia umyślnego przestępstwa przez *Ubezpieczonego* oraz świadomego udziału *Ubezpieczonego* w dowolnym działaniu przestępczym,
 - 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*.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego* jest związana z zaburzeniami psychicznymi, w tym zaburzeniami nerwicowymi.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Czasowa niezdolność do pracy* wystąpiła wskutek:
 - zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
 - niesprawności stwierdzonej przez *Ubezpieczonego* na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych żadnymi dodatkowymi badaniami,
 - wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Hospitalizacja Ubezpieczonego* powstała na skutek:
 - wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków *Nieszczęśliwych wypadków* objętych niniejszą *Umową Ubezpieczenia*,
 - 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,
 - zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
 - infekcji powstałych w trakcie *Hospitalizacji*,
 - jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym *Szpitala*.
- 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:
 - wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu *Choroby*,
 - chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków *Nieszczęśliwych wypadków* objętych niniejszą *Umową Ubezpieczenia*,
 - 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,
 - zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
 - wszelkimi uszkodzeniami ciała powstałymi przed datą objęcia *Ubezpieczonego Ubezpieczeniem*,
 - jakiegokolwiek infekcją, która powstała w trakcie *Hospitalizacji*,
 - 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,
 - promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
 - 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,
 - 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 *Agenty* 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. REKLAMACJE

1. *Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony* lub uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia* może złożyć *Reklamację*:
 - 1) pisemnie na adres siedziby *Towarzystwa*: MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - 2) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - 3) telefonicznie pod numerem +48 22 523 52 64,
 - 4) osobiście w siedzibie *Towarzystwa* lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
2. Każda *Reklamacja* złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie *Reklamacji* i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania *Reklamacji*. W takim przypadku *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego *Reklamację*, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.

WAŻNE: Termin 60 dni na odpowiedź *Towarzystwa* ws. *Reklamacji* dotyczy tylko sytuacji, w których zebranie brakujących informacji lub ustalenie dodatkowych okoliczności jest niezbędne dla wyjaśnienia sprawy.



4. O ile składający *Reklamację* nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na *Reklamację* zostanie udzielona przez *Towarzystwo* w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia *Reklamacji*.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
6. Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* może zwrócić się w sprawie *Reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

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 DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE TOWARZYSTWA

1. Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wynikać z *Umowy Ubezpieczenia* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie internetowej *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.

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 *Agent*a lub *Towarzystwa*.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 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: tel. +48 22 523 52 64
© MetLife TUnŻiR S.A., 2015 PEANUTS © 2015 Peanuts Worldwide

MetLife®

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

Informacja dotycząca ubezpieczenia w ramach
Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nr 9000ST16

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 8 – str. 6
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 4, 6, 15 – str. 1 art. 7 – str. 4-5 art. 11 – str. 7
3. kosztów oraz innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	nie dotyczy