

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 integralną całość.
19. **Umowa kredytowa** – umowa o kredyt na zakup towarów i usług, zawierana na odległość, bez jednoczesnej fizycznej obecności obu stron, pomiędzy Klientem i Santander Consumer Bankiem S.A. z siedzibą we Wrocławiu na kwotę kredytu nieprzekraczającą 50 000 (słownie: pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
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 w ramach wariantu 2 wskazany jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- a) śmierć Ubezpieczonego,
- b) śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- c) Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dób,
- d) Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, przy czym w przypadku Ubezpieczonego, który w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby powodującej Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy miał ukończony 65. rok życia lub nie był Aktywny zawodowo, za Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
 - całkowitej utracie wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej utracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej utracie słuchu w obu uszach, spowodowanej urazem, lub
 - utracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej utracie mowy, lub
 - całkowitej utracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej utracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej utracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej utracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - całkowitej utracie obu nóg, lub
 - całkowitej utracie obu stóp, lub
 - utracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
 - całkowitej utracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - całkowitej utracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - całkowitym paraliżu dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).

2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Uposażonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia 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 równej Sumie ubezpieczenia obliczonej zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 1 OWU.

PRZYKŁAD: SW przypadku śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku należne świadczenie będzie równe sumie:

1. świadczenia z tytułu śmierci z dowolnej przyczyny (100% Sumy ubezpieczenia) oraz
 2. świadczenia z tytułu śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku (100% Sumy ubezpieczenia),
- łącznie świadczenie należne wynosić będzie 200% Sumy ubezpieczenia.



4. Świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku trwającej co najmniej 14 dób

- 1) Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone pod warunkiem, że Hospitalizacja:
 - a) nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w czasie trwania Ubezpieczenia, lub Choroby, która została zdiagnozowana w trakcie trwania Ubezpieczenia,
 - b) trwała nieprzerwanie przez co najmniej 14 kolejno następujących po sobie dób.
- 2) Pierwsze świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 2 OWU, po nieprzerwanym 14-dobowym okresie Hospitalizacji.
- 3) Drugie i kolejne świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego płatne są od 15. doby Hospitalizacji za każde pełne 30 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 maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6.
- 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 całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 2 OWU.

5. 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 obliczonej 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.
- 3) 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:
 - całkowitej utraty wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej utraty obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej utraty słuchu w obu uszach, spowodowanej urazem, lub
 - utraty dolnej szczęki, lub
 - całkowitej utraty mowy, lub
 - całkowitej utraty jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej utraty jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej utraty jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej utraty jednej dłoni i jednej nogi, lub

- całkowitej utraty obu nóg, lub
- całkowitej utraty obu stóp, lub
- utraty jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
- całkowitego paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
- całkowitej utraty kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
- całkowitej utraty kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
- całkowitego paraliżu dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)

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.

ARTYKUŁ 5. ZAWARCIE UMOWY, OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Klient, który w dniu rozpoczęcia Ubezpieczenia ukończył 18 lat oraz:
 - 1) w przypadku Klientów, dla których kwota kredytu z Umowy kredytowej nie przekracza 20.000 (słownie: dwadzieścia tysięcy) złotych – nie ukończy **75** lat w dniu wskazanym w Harmonogramie jako dzień ostatecznej spłaty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytowej,
 - 2) w przypadku Klientów, dla których kwota kredytu z Umowy kredytowej przekracza 20.000 (słownie: dwadzieścia tysięcy) złotych, a nie przekracza 50.000 (słownie: pięćdziesiąt tysięcy) złotych – nie ukończy **65** lat w dniu wskazanym w Harmonogramie jako dzień ostatecznej spłaty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytowej.
2. Dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest:
 - 1) w przypadku Klientów, którzy wyrazili zgodę na dostarczenie im Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia w wersji elektronicznej – dzień potwierdzenia przez Klienta warunków SUU dostarczonej Ubezpieczającemu w formie elektronicznej, albo
 - 2) dla pozostałych Klientów – dzień otrzymania przez Ubezpieczającego jednego egzemplarza SUU podpisanego przez Agenta.
3. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu zawarcia Umowy kredytowej, pod warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia i opłacenia składki, zgodnie z art. 6 OWU. W przypadku nieopłacenia składki ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.
4. Jeżeli treść SUU zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
5. W przypadku określonym w ust. 4 powyżej, jeżeli Ubezpieczony w terminie 7 dni od doręczenia SUU nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
6. 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.
7. Okres Ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania zgodnie z Harmonogramem.

ARTYKUŁ 6. SKŁADKA

1. Wysokość składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona w SUU.
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 (słownie: pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
2. 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 14-dobowym okresie Hospitalizacji. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich Hospitalizacji, przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytowej, nie może przekroczyć kwoty 18.000,00 (słownie: osiemnastu 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 zdiagnozowania 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 (słownie: pięćdziesiąt 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 **Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku** trwającej co najmniej 14 dób oraz
 - 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;
 - 3) 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.

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

za pośrednictwem Agenta:

- **korrespondencyjnie** – 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
- **korrespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Departament Roszczeń MetLife S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa)
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife 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 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 fizyczna lub prawna. 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 SUU,
 - c) imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwa podmiotu),
 - d) data urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
 - e) adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: siedziba i adres podmiotu),
 - f) PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony jest osobą prawną: NIP),
 - g) udział procentowy Uposażonych 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 umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz udziału Ubezpieczonego w dowolnym umyślnym 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 wystąpiła wskutek:
 - 1) chorób lub w związku z chorobami lub objawami chorób, które pojawiły się w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a które były zdiagnozowane lub leczone w okresie 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych.
3. Dodatkowo, świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego powstała na skutek:
 - 1) chorób lub w związku z chorobami lub objawami chorób, które pojawiły się w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a które były zdiagnozowane lub leczone w okresie 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) wszelkiego rodzaju chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 4) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową Ubezpieczenia,
 - 5) 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 zdiagnozowanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - 6) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
 - 7) infekcji powstałych w trakcie Hospitalizacji,
 - 8) jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala.

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. 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 SUU rozstrzygają postanowienia SUU.

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 SUU.
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 SUU.

ARTYKUŁ 18. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW I DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE TOWARZYSTWA

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Nr 9010ST16 wariant 2 (OWU)

2. Wszelkie spory mogące wyniknąć 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 Agenta 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 9010ST16 wariant 2

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona OWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 8 – str. 3-4
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 5, 14 – str. 1 art. 7 – str. 3 art. 11 – str. 4-5
3. kosztów oraz innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	nie dotyczy

