

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Nr 9929CZ15 (OWU)



MetLife®

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

POMOC

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

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

WAŻNE

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



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.



PRZYKŁADY

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



§ 1. WSTĘP

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Grupowej Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu (*Ubezpieczającym*) i stanowią integralną część tej *Umowy Ubezpieczenia*.

§ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane z dużej litery oznaczają:

- 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.
- Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia** – oświadczenie woli składane przez *Klienta*, potwierdzające wolę przystąpienia do *Ubezpieczenia*.

- Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony *Umowy kredytowej* w dniu jej zawarcia.
- Hospitalizacja** – pobyt *Ubezpieczonego* w *Szpitalu* służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia chorzy, 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 *Ubezpieczającym*.
- 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.
- Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności *Towarzystwa*, określona w §8 niniejszych OWU.
- 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. *Szpitałem* 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.
- 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 § 4 ust. 3 pkt 3) i ust. 4 pkt 3) OWU.
- Ubezpieczający** – Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, 53-611, ul. Strzegomska 42c, wpisana do Sądu Rejonowego we Wrocławiu pod nr KRS 0000040562, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana *Ubezpieczonemu* na podstawie niniejszych OWU.
- Ubezpieczony** – *Klient*, który zgodnie z warunkami *Umowy Ubezpieczenia* jest objęty *Ubezpieczeniem*.
- Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia Na Życie Kredytobiorców „Ubezpieczenie spłaty Kredytu” nr 9929 zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym*.
- Umowa kredytowa** – umowa o kredyt na zakup towarów i usług zawierana pomiędzy *Klientem* a *Ubezpieczającym*.
- Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna uprawniona do otrzymania *Sumy ubezpieczenia* na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* (z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*, śmierci *Ubezpieczonego* wskutek *Nieszczęśliwego wypadku*). *Ubezpieczony* może samodzielnie wskazać osobę uprawnioną do otrzymania *Sumy ubezpieczenia* na wypadek śmierci *Ubezpieczonego*, do całości *Sumy ubezpieczenia* lub w części do wysokości kwoty zadłużenia z tytułu *Umowy kredytowej* (w przypadku wskazania *Ubezpieczającego* jako *Uprawnionego*). Jeśli *Uprawniony* nie zostanie wskazany, lub jeżeli wskazanie *Uprawnionego* stanie się bezskuteczne, uprawnionym do otrzymania *Sumy ubezpieczenia* odpowiednio w całości lub w części będzie małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka *Sumy ubezpieczenia* zostaną wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku dzieci *Sumy ubezpieczenia* zostaną wypłacone spadkobiercom *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczą po *Ubezpieczonym*.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach *Umowy Ubezpieczenia* określone w § 4 OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem *Ubezpieczenia* jest życie i zdrowie *Ubezpieczonego*.

WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.



§ 4. ZAKRES OCHRONY

Zakres Ubezpieczenia

Klienci przystępujący do *Ubezpieczenia* mogą zostać objęci *Ubezpieczeniem* w jednym z ośmiu wariantów zgodnie z punktami a)-h) poniżej. *Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia* określa wariant, w ramach którego dany *Klient* zostaje objęty *Ubezpieczeniem*. Zakres wariantów obejmuje następujące *Zdarzenia ubezpieczeniowe*:

- w ramach **wariantu 1.:**
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
- w ramach **wariantu 2.:**
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,

- c) w ramach **wariantu 3.:**
- śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającą co najmniej 30 dob,
- d) w ramach **wariantu 4.:**
- śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającą co najmniej 14 dob,
- e) w ramach **wariantu 5.:**
- śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającą co najmniej 14 dob,
 - *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* trwającą co najmniej 14 dob,
- f) w ramach **wariantu 6.:**
- śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającą co najmniej 14 dob,
 - *Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, 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* trwającą co najmniej 30 dob,
- g) w ramach **wariantu 7.:**
- śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającą co najmniej 14 dob,
 - *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* trwającą co najmniej 14 dob,
 - *Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, 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* trwającą co najmniej 30 dob,
- h) w ramach **wariantu 8.:**
- śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającą co najmniej 14 dob,
 - *Hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* trwającą co najmniej 14 dob,
 - *Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, 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* trwającą co najmniej 30 dob,
 - operację *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub zabieg chirurgiczny *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*.

PRZYKŁAD: Klient przystąpił do Ubezpieczenia w ramach wariantu 6. mając 38 lat, jego zakres ochrony obejmował: śmierć, śmierć na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy*, *Hospitalizację* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającą co najmniej 14 dob oraz **Czasową niezdolność do pracy**. 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*** co najmniej 30 dob, przy czym świadczenie z tego tytułu (w razie zajścia zdarzenia) wypłacane jest niezależnie od świadczeń z tytułu *Hospitalizacji* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającej co najmniej 14 dob.



1. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*

W razie śmierci *Ubezpieczonego*, należne świadczenie, równe *Sumie ubezpieczenia* obliczonej zgodnie z § 8 ust. 1 OWU, jest wypłacane *Uprawnionemu*, na zasadach określonych w § 2 ust. 1 pkt 19 OWU.

2. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*

W razie śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, poza świadczeniem określonym w ust. 1 powyżej, *Towarzystwo* wypłaci *Uprawnionemu* dodatkowe świadczenie w wysokości *Sumy ubezpieczenia* na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 1 OWU.

3. Świadczenia z tytułu *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*

1) W przypadku stwierdzenia przez *Towarzystwo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*, należne świadczenie w wysokości 100% *Sumy ubezpieczenia* określonej w § 8 ust. 2 OWU wypłacone zostanie *Ubezpieczonemu* pod warunkiem, że w dniu *Nieszczęśliwego wypadku* lub zdiagnozowania *Choroby*, powodujących *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy*, *Ubezpieczony* był objęty *Ubezpieczeniem*.

- 2) Z zastrzeżeniem pkt. 3) poniżej 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 *Aktywny zawodowo* i nie ukończył 65. roku życia.
- 3) W przypadku *Ubezpieczonych*, którzy w dniu *Nieszczęśliwego wypadku* lub zdiagnozowania *Choroby* powodujących *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy* mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli *Aktywni zawodowo*, za *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego* uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
- całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - stracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej stracie mowy, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie obu nóg, lub
 - całkowitej stracie obu stóp, lub
 - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny dolnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).
- 4) Od daty *Nieszczęśliwego wypadku* lub zdiagnozowania *Choroby* do momentu uznania, iż spowodowały one *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy. 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.

4. Świadczenia z tytułu *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*

- 1) Po stwierdzeniu przez *Towarzystwo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* należne świadczenie, w wysokości 100% *Sumy ubezpieczenia* określonej w § 8 ust. 2 OWU, wypłacone zostanie *Ubezpieczonemu* pod warunkiem, że w dniu *Nieszczęśliwego wypadku* powodującego *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego* był objęty *Ubezpieczeniem*.
- 2) Z zastrzeżeniem pkt. 3) poniżej świadczenie, o którym mowa w pkt. 1), jest należne, jeżeli w dniu *Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego* był *Aktywny zawodowo* i nie ukończył 65. roku życia.
- 3) W przypadku *Ubezpieczonych*, którzy w dniu *Nieszczęśliwego wypadku*, powodującego *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy*, mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli *Aktywni zawodowo*, za *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego* uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
- całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - stracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej stracie mowy, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie obu nóg, lub
 - całkowitej stracie obu stóp, lub
 - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny dolnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).
- 4) Od daty *Nieszczęśliwego wypadku* do momentu uznania, iż spowodował on *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*, a warunku dotyczącego upływu okresu 6 miesięcy nie stosuje się.

5. Świadczenia z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającej co najmniej 30 dob

- 1) W razie *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* pierwsze świadczenie zostanie wypłacone *Ubezpieczonemu* w wysokości równej *Sumie ubezpieczenia*, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 3 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 dob 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,
 - całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 3 OWU.
- 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*:
- maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
 - całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 3 OWU.
6. **Świadczenia z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającej co najmniej 14 dób**
- W razie *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* pierwsze świadczenie zostanie wypłacone *Ubezpieczonemu* w wysokości równej *Sumie ubezpieczenia*, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 4 OWU, po nieprzerwanym 14-dobowym okresie *Hospitalizacji*.
 - 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*.
 - Drugie i kolejne świadczenia z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* płatne są od 15. doby *Hospitalizacji* za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej *Hospitalizacji*.
 - Świadczenie jest należne jedynie za okres *Hospitalizacji*, w trakcie którego *Ubezpieczony* jest objęty *Ubezpieczeniem*.
 - W ramach jednej *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku*:
 - maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
 - całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 4 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 7 i 8 poniżej. - Następujące po sobie okresy *Hospitalizacji* będą uznawane za jedną *Hospitalizację*, chyba że okres przerwy między *Hospitalizacjami* będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
 - W ramach wszystkich *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub *Choroby* w trakcie trwania *Ubezpieczenia*:
 - maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
 - całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 4 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 7 i 8 poniżej.
7. **Świadczenia z tytułu *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego* trwającej co najmniej 14 dób**
- W razie *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego* pierwsze świadczenie zostanie wypłacone *Ubezpieczonemu* w wysokości równej *Sumie ubezpieczenia*, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 5 OWU, po nieprzerwanym 14-dobowym okresie *Hospitalizacji*.
 - Świadczenie z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* zostanie wypłacone pod warunkiem, że *Hospitalizacja* nastąpiła w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku*, który nastąpił w czasie trwania *Ubezpieczenia*.
 - Drugie i kolejne świadczenia z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* płatne są od 15. doby *Hospitalizacji* za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej *Hospitalizacji*.
 - Świadczenie jest należne jedynie za okres *Hospitalizacji*, w trakcie którego *Ubezpieczony* jest objęty *Ubezpieczeniem*.
 - W ramach jednej *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*:
 - maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
 - całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 5 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 6 i 8 niniejszego paragrafu. - Następujące po sobie okresy *Hospitalizacji* będą uznawane za jedną *Hospitalizację*, chyba że okres przerwy między *Hospitalizacjami* będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
 - W ramach wszystkich *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* w trakcie trwania *Ubezpieczenia*:
 - maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
 - całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 5 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 6 i 8 niniejszego paragrafu.
8. **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 § 8 ust. 6 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 dób 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 § 8 ust. 6 OWU.

- W przypadku, gdy powtórna *Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego* 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*.
- Prawo do świadczenia z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* kończy się:
 - z upływem 6. (szóstego) 30-dobowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu jednej *Czasowej niezdolności do pracy*,
 - z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej *Czasowej niezdolności do pracy*,
 - z dniem, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65 lat,
 - z dniem, kiedy *Ubezpieczony* uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
 - z upływem 12. (dwunastego) 30-dobowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* w trakcie okresu *Ubezpieczenia*,
 - z chwilą nabycia prawa do wypłaty 100% *Sumy ubezpieczenia* z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*, zgodnie z § 8 ust. 6 OWU,

PRZYKŁAD: Ubezpieczony przez 7 miesięcy ma orzeczoną *Czasową niezdolność do pracy*. Jego rata kredytowa wynosi 9.000 zł. Ubezpieczony pierwsze pięć świadczeń będzie miał wypłacanych w pełnej wysokości (po 9.000 zł), a szóste świadczenie jedynie w części (w wysokości 3.000 zł), gdyż z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* *Towarzystwo* wypłaci maksymalnie kwotę, o której mowa w § 8 ust. 6, czyli 48.000 zł. Ubezpieczony nie otrzyma świadczenia za 7. miesiąc, ponieważ maksymalna liczba świadczeń z tytułu jednego zdarzenia wynosi 6.



- z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności *Towarzystwa* zgodnie z § 6.
- 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 § 8 ust. 6 OWU, po nieprzerwanym 30-dobowym okresie *Hospitalizacji*.
 - Świadczenie z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, w wysokości określonej w § 8 ust. 6 OWU, zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
 - Hospitalizacja* nastąpiła w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku*, który nastąpił w czasie trwania *Ubezpieczenia* i
 - Hospitalizacja Ubezpieczonego* miała miejsce w trakcie trwania *Ubezpieczenia*, i
 - Ubezpieczony* podlegał *Hospitalizacji* przez okres co najmniej 30 następujących po sobie dób.
 - 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*.
 - Świadczenie jest należne jedynie za okres *Hospitalizacji*, w trakcie którego *Ubezpieczony* jest objęty *Ubezpieczeniem*.
 - W ramach jednej *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*:
 - maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
 - całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 6 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 6 i 7 niniejszego paragrafu. - 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.
 - W ramach wszystkich *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* w trakcie trwania *Ubezpieczenia*:
 - maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
 - całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w § 8 ust. 6 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń, o których mowa w ust. 6 i 7 niniejszego paragrafu.

WAŻNE: Zdarzenia:

- Hospitalizacja Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwająca co najmniej 30 dób,
- Hospitalizacja Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwająca co najmniej 14 dób,
- Hospitalizacja Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* trwająca co najmniej 14 dób, oraz
- Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego* lub *Hospitalizacja* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* traktowane są rozdzielnie, a limity, o których mowa w ust. 5, 6, 7 i 8, nie sumują się.



9. Świadczenia z tytułu operacji lub zabiegu chirurgicznego na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*

- W przypadku operacji lub zabiegu chirurgicznego *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, wymienionych w Tabeli nr 1, o której w mowa w § 8 ust. 7 OWU, *Towarzystwo* wypłaci świadczenie *Ubezpieczonemu* w wysokości *Sumy ubezpieczenia* zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 7 OWU, pod warunkiem, że *Hospitalizacja Ubezpieczonego* nastąpiła w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku*, który nastąpił w okresie, gdy *Ubezpieczony* był objęty *Ubezpieczeniem*.
- W przypadku *Nieszczęśliwego wypadku*, skutkującego złamaniem kości, świadczenie związane ze złamaniem zostanie wypłacone także w przypadku zastosowania leczenia bez konieczności *Hospitalizacji*.

§ 5. KWALIFIKACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

- 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*, jeżeli złoży *Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia*.
- Każdorazowo w przypadku zawarcia *Umowy kredytowej* i złożenia *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia* przez danego *Klienta* taki *Klient* jest uznawany za nowego *Klienta* i nowego *Ubezpieczonego*.

§ 6. OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

- Datą rozpoczęcia *Ubezpieczenia* jest dzień następujący po dniu, w którym *Klient* zawarł *Umowę kredytową z Ubezpieczającym* oraz złożył *Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia*, pod warunkiem opłacenia Składki zgodnie z § 7 OWU.
- Okres *Ubezpieczenia* jest równy okresowi kredytowania wskazanemu w Harmonogramie, tj. trwa od Daty rozpoczęcia *Ubezpieczenia*, zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu, do dnia ostatecznej spłaty kredytu udzielonego na podstawie *Umowy kredytowej* wskazanego w Harmonogramie.
- Odpowiedzialność *Towarzystwa* w stosunku do danego *Ubezpieczonego* wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:
 - śmierci *Ubezpieczonego*,
 - stwierdzenia *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* – zgodnie z § 4 OWU,
 - stwierdzenia *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* – zgodnie z § 4 OWU,
 - odstąpienia od *Umowy kredytowej* przez *Ubezpieczonego*,
 - upływu okresu *Ubezpieczenia*, o którym mowa w ust. 2 powyżej,
 - rezygnacji *Ubezpieczonego z Ubezpieczenia*, zgodnie z §14 OWU.

§ 7. OPŁACANIE SKŁADEK

- Składkę ustala *Towarzystwo* z uwzględnieniem rodzaju oraz zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu *Ubezpieczenia*, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym struktury demograficznej grupy *Ubezpieczonych*, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*.
- Składki płatne są przez *Ubezpieczającego* w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres *Ubezpieczenia* danego *Ubezpieczonego*.

§ 8. SUMA UBEZPIECZENIA

- Suma ubezpieczenia* z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* oraz *Suma ubezpieczenia* z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* równa jest sumie:
 - kwoty kapitału pozostałej do spłaty, wynikającej z Harmonogramu, obliczanej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej w dniu lub 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 w dniu lub 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* oraz *Suma ubezpieczenia* z tytułu *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* równa jest sumie:
 - kwoty kapitału pozostałej do spłaty, wynikającej z Harmonogramu, obliczanej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej w dniu lub po dniu zajścia *Nieszczęśliwego wypadku* lub rozpoznania *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 w dniu lub 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*, obejmującej pobyt *Ubezpieczonego* w *Szpitalu* przez przynajmniej 30 dób, jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem bezpośrednio po rozpoczęciu *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 *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku*, obejmującej pobyt *Ubezpieczonego* w *Szpitalu* przez przynajmniej 14 dób, jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z Harmonogramem bezpośrednio po rozpoczęciu nieprzerwanego 14-dobowego okresu *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 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 rozpoczęciu nieprzerwanego 30-dobowego okresu *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 na skutek <i>Nieszczęśliwego wypadku</i> i zabiegi chirurgiczne na skutek <i>Nieszczęśliwego wypadku</i>	wysokość świadczenia wyrażona jako liczba miesięcznych rat w ramach danej <i>Umowy kredytowej</i>
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 ZWICHNIECIA	
– 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, wyluszczenie 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 zwinięcia 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 zębra	1
– przedramienia – dwie kości, rzepki lub miednicy, niewymagające stosowania wyciągu	2
– podudzia – dwie kości	2
– żuchwy	2
– nadgarstka, śródreżca, nosa, żebra – 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 zespołań kostnych, powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu, lecz nie mogą przekroczyć	7

8. 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.

§ 9. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie *Ubezpieczającemu* lub *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu:
- w przypadku **śmierci Ubezpieczonego**:
 - odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego* (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez *Ubezpieczającego*),
 - statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez *Ubezpieczającego*),
 - 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
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć *Ubezpieczonego* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - w przypadku wystąpienia **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego**:
 - w przypadku osób **Aktywnych zawodowo**:
 - orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
 - 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*,
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy*,
 - 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*,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Trwała i całkowita niezdolność do pracy* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*,

- w przypadku osób, które nie były **Aktywne zawodowo**:
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
 - 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*,
 - wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
- w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego**:
 - 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*,
 - 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,
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *Czasowej niezdolności do pracy*,
 - 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 zdarzenie miało miejsce na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce w pracy,
 - wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje wskazane w formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
- w przypadku:
 - Hospitalizacji Ubezpieczonego** na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającej co najmniej 30 dób,
 - Hospitalizacji Ubezpieczonego** na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającej co najmniej 14 dób,
 - Hospitalizacji Ubezpieczonego** na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* trwającej co najmniej 14 dób, oraz
 - Hospitalizacji Ubezpieczonego** na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* trwającej co najmniej 30 dób:
 - kopii dokumentacji medycznej *Ubezpieczonego* dotyczącej *Hospitalizacji*,
 - kopii karty wypisowej z leczenia szpitalnego,
 - 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*,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Hospitalizacja* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
- w przypadku **operacji lub zabiegu chirurgicznego Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - 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,
 - 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 potwierdza, że *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce w pracy,
 - wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.

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

za pośrednictwem Ubezpieczającego:

- 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:

- poczta elektroniczna** – 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 TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa)
- osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnZiR 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 pkt. 1) powyżej.

§ 10. 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*.



§ 11. WSKAZANIE I ZMIANA UPRAWNIONEGO

WAŻNE: Uprawnionego wskazuje *Ubezpieczony* samodzielnie. Uprawnionym może być dowolna osoba (osoba fizyczna, osoba prawna). *Ubezpieczony* może w szczególności wskazać *Ubezpieczającego* do świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* do wysokości kwoty zadłużenia z tytułu *Umowy kredytowej*. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* nie podlega podatkom od spadków i darowizn.



1. *Ubezpieczony* może w każdej chwili wskazać lub zmienić *Uprawnionego* zarówno co do otrzymania całości świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* (z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*, śmierci *Ubezpieczonego* wskutek *Nieszczęśliwego wypadku*), jak i w części świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* (z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*, śmierci *Ubezpieczonego* wskutek *Nieszczęśliwego wypadku*) do wysokości kwoty zadłużenia z tytułu *Umowy kredytowej* ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z Harmonogramem) raty kredytu przypadającej po dniu śmierci *Ubezpieczonego*.
2. W celu wskazania lub zmiany *Uprawnionego* należy podać następujące informacje:
 - nr *Umowy kredytowej*,
 - imię i nazwisko *Ubezpieczonego*,
 - imię i nazwisko *Uprawnionego* (lub w przypadku, gdy *Uprawniony* nie jest osobą fizyczną: nazwa firmy),
 - data urodzenia *Uprawnionego* (jeśli jest osobą fizyczną),
 - adres do korespondencji *Uprawnionego* (lub w przypadku, gdy *Uprawniony* nie jest osobą fizyczną: siedziba firmy),
 - PESEL *Uprawnionego* (lub w przypadku, gdy *Uprawniony* jest osobą prawną: NIP),
 - udział procentowy *Uprawnionego* w części świadczenia.
3. W przypadku niepodania danych lub podania niepełnych danych, o których mowa w ust. 1 powyżej, uniemożliwiających ustalenie *Uprawnionego*, świadczenie zostanie wypłacone najbliższej rodzinie, zgodnie z zasadami określonymi w § 2 ust. 1 pkt 19 OWU.

§ 12. 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 Ubezpieczonego* zdiagnozowanej w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia *Ubezpieczenia* i będącej przyczyną wystąpienia *Zdarzenia ubezpieczeniowego* objętego *Ubezpieczeniem* – w ciągu pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia *Ubezpieczenia*,

- 4) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
- 5) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez *Ubezpieczonego* oraz świadomego udziału *Ubezpieczonego* w dowolnym działaniu przestępczym,
- 6) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia *Zdarzenia ubezpieczeniowego*, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było bezpośrednią przyczyną danego *Zdarzenia ubezpieczeniowego*.
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego* jest związana z zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania, w tym zaburzeniami nerwicowymi.
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego* wystąpiła wskutek:
 - 1) zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych,
 - 2) niesprawności stwierdzonej przez *Ubezpieczonego* na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych żadnymi dodatkowymi badaniami.
4. Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Hospitalizacja Ubezpieczonego* powstała na skutek:
 - 1) wszelkiego rodzaju choroby wyrodzeniowej 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) jakiegokolwiek 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* 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 usiłowaniami 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.

§ 13. REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

1. *Ubezpieczony* ma prawo rezygnacji z *Ubezpieczenia* w każdym momencie w czasie jego trwania.
2. Oświadczenie o rezygnacji z *Ubezpieczenia Ubezpieczony* składa w formie pisemnej *Ubezpieczającemu* na adres: Santander Consumer Bank S.A. ul. Strzegomska 42c 53-611 Wrocław.
3. Oświadczenie o rezygnacji powinno zawierać: imię i nazwisko *Ubezpieczonego*, numer PESEL, numer *Umowy kredytowej* oraz rezygnację z dalszego obejmowania *Ubezpieczeniem*.
4. W przypadku złożenia rezygnacji z *Ubezpieczenia Ubezpieczeniem* 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* rezygnacji z *Ubezpieczenia*. W takim przypadku *Ubezpieczającemu* przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej przez *Ubezpieczonego* ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeżeli rezygnacja z *Ubezpieczenia* lub odstąpienie od *Umowy kredytowej* przez *Ubezpieczonego* nastąpi w terminie 30 dni od dnia złożenia przez Klienta *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia*, zwrot Składki przysługuje w pełnej wysokości.
6. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty zakończenia *Ubezpieczenia*.

§ 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. Łączny czas na rozpatrzenie skargi lub zażalenia nie może być dłuższy niż 90 dni od dnia otrzymania.
3. *Ubezpieczony*, *Uprawniony* lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 15. PODATKI

Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* winny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych *OWU* są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

§ 16. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski *Ubezpieczonego* lub *Uprawnionego* związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być przekazane do *Towarzystwa* pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
2. Korespondencja wysłana przez *Towarzystwo* do *Ubezpieczonego* lub *Uprawnionego* będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres *Ubezpieczonego* lub *Uprawnionego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

§ 17. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW I ROZPATRYWANIE SKARG

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

§ 18. AKTUALIZACJA INFORMACJI

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



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*.

Warszawa, dnia 29 października 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: tel. +48 22 523 52 64
© MetLife TUnŻiR S.A., 2015 PEANUTS © 2015 Peanuts Worldwide

IP009-A15

MetLife®

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