

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Nr 9001KW15 (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.



ARTYKUŁ 1. WSTĘP

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

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane z dużej litery oznaczają:

- Agent** – Santander Consumer Bank S.A., z siedzibą we Wrocławiu, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Towarzystwa.
- Aktywność zawodowa** – prowadzenie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy, lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej. Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby czasowo nieświadczące pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego o Czasowej niezdolności do pracy przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy lub przebywające na urlopach macierzyńskich lub płatnych urlopach wypoczynkowych.
- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
- Czasowa niezdolność do pracy** – wywołana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, wykonywanej na podstawie stosunku pracy lub do świadczenia usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, lub do prowadzenia własnej działalności gospodarczej.

1

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Nr 9001KW15 (OWU)

- Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony Umowy kredytowej w dniu jej zawarcia.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych, pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę kredytową z Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenie ciała.
- OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9001KW15.
- Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa, określona w art. 7 niniejszych OWU.
- Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzenie przez Towarzystwo zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego zgodnie z wybranym wariantem (dalej także: „SUU”).
- Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj. wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

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



- Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, 00-450, ul. Przemysłowa 26, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. MetLife TUnŻIR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, z zastrzeżeniem postanowień art. 4 ust. 4 pkt 3 OWU.
- Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty składki.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
- Ubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
- Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Towarzystwa załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną całość.
- Umowa kredytowa** – umowa o kredyt na zakup towarów i usług, zawierana pomiędzy Klientem i Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu.
- 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).
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy Ubezpieczenia określone w art. 4 ust. 1 OWU.

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

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



ARTYKUŁ 4. ZAKRES OCHRONY

1. Zakres Ubezpieczenia

Zakres Ubezpieczenia wskazany jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczonego wariantem Ubezpieczenia i obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- w ramach wariantu 1.:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku trwającą co najmniej 14 dob,
- w ramach wariantu 2.:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,

2

- **Czasową niezdolność do pracy** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku** 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 dób,
- **Hospitalizację Ubezpieczonego** na skutek **Choroby** lub **Nieszczęśliwego wypadku** trwającą co najmniej 14 dób,
- operację **Ubezpieczonego** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku** lub zabieg chirurgiczny **Ubezpieczonego** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku**.

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



2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

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

3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku

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

4. Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego

- 1) W przypadku stwierdzenia przez **Towarzystwo** wystąpienia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego**, **Towarzystwo** wypłaca **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** na wypadek **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 3 OWU.
- 2) Świadczenie, o którym mowa w pkt. 1), jest należne, jeżeli w dniu **Nieszczęśliwego wypadku** lub zdiagnozowania **Choroby**, powodujących **Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego**, **Ubezpieczony** był objęty **Ubezpieczeniem** oraz był **Aktywny zawodowo**.
- 3) W przypadku **Ubezpieczonych**, którzy w dniu **Nieszczęśliwego wypadku** lub zdiagnozowania **Choroby**, powodujących **Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy**, mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli **Aktywni zawodowo**, za **Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego** uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:
 - całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - stracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej stracie mowy, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie obu nóg, lub
 - całkowitej stracie obu stóp, lub
 - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - całkowitym paraliżu kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - całkowitym paraliżu 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, jednak w przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w pkt. 3) powyżej **Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego** zostaje stwierdzona z datą **Nieszczęśliwego wypadku** lub zdiagnozowania **Choroby**, a warunku dotyczącego upływu okresu 6 miesięcy nie stosuje się.

5. Świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku

- 1) W razie **Hospitalizacji Ubezpieczonego** na skutek **Choroby** lub **Nieszczęśliwego wypadku** pierwsze świadczenie zostanie wypłacone **Ubezpieczonemu** w wysokości równej **Sumie ubezpieczenia**, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 4 OWU, po nieprzerwanym 14-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 15. doby **Hospitalizacji** za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dób nieprzerwanej **Hospitalizacji**.
- 4) Świadczenie jest należne jedynie za okres **Hospitalizacji**, w trakcie którego **Ubezpieczony** jest objęty **Ubezpieczeniem**.
- 5) W ramach jednej **Hospitalizacji Ubezpieczonego** na skutek **Choroby** lub **Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 4 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu **Hospitalizacji** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku** dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są **Aktywne zawodowo**, o których mowa w ust. 7 poniżej.

- a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
- b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 4 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu **Hospitalizacji** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku** dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są **Aktywne zawodowo**, o których mowa w ust. 6 poniżej.

6. Świadczenia z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego

- 1) W razie **Hospitalizacji** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego** pierwsze świadczenie zostanie wypłacone **Ubezpieczonemu** w wysokości równej **Sumie ubezpieczenia**, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 5 OWU, po nieprzerwanym 14-dobowym okresie **Hospitalizacji**.
- 2) 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**.
- 3) 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**.
- 4) Świadczenie jest należne jedynie za okres **Hospitalizacji**, w trakcie którego **Ubezpieczony** jest objęty **Ubezpieczeniem**.
- 5) W ramach jednej **Hospitalizacji Ubezpieczonego** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 5 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu **Hospitalizacji** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku** dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są **Aktywne zawodowo**, o których mowa w ust. 7 poniżej.
- 6) Następujące po sobie okresy **Hospitalizacji** będą uznawane za jedną **Hospitalizację**, chyba że okres przerwy między **Hospitalizacjami** będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
- 7) W ramach wszystkich **Hospitalizacji Ubezpieczonego** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku** w trakcie trwania **Ubezpieczenia**:
 - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 5 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu **Hospitalizacji** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku** dla osób, które ukończyły 65. rok życia lub nie są **Aktywne zawodowo**, o których mowa w ust. 7 poniżej.

7. Świadczenia z tytułu

Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku 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** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego**, świadczenie w wysokości określonej w art. 7 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 dni potwierdzonego stanu **Czasowej niezdolności do pracy**, z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba świadczeń z tytułu jednego zdarzenia nie może przekroczyć 6, a całkowita kwota świadczeń wartości, o której mowa w art. 7 ust. 6 OWU.
- 3) W przypadku, gdy powtórna **Czasowa niezdolność do pracy** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku** ma miejsce w czasie krótszym niż 12 miesięcy od daty zakończenia poprzedniej, odpowiedzialność **Towarzystwa** rozpoczyna się od pierwszego dnia powtórnej **Czasowej niezdolności do pracy** i jest ona traktowana jako kontynuacja poprzedniej **Czasowej niezdolności do pracy**.
- 4) Prawo do świadczenia z tytułu **Czasowej niezdolności do pracy** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku** kończy się:
 - a) z upływem 6. (szóstego) 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu jednej **Czasowej niezdolności do pracy**,
 - b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej **Czasowej niezdolności do pracy**,
 - c) z dniem, w którym **Ubezpieczony** ukończył 65 lat,
 - d) z dniem, kiedy **Ubezpieczony** uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
 - e) z upływem 11. (jedenastego) 30-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu **Czasowej niezdolności do pracy** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku** w trakcie okresu **Ubezpieczenia**,
 - f) z chwilą nabycia prawa do wypłaty 100% **Sumy ubezpieczenia** z tytułu **Czasowej niezdolności do pracy** na skutek **Nieszczęśliwego wypadku**, zgodnie z art. 7 ust. 6 OWU,

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



- g) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności **Towarzystwa** zgodnie z art. 13.

- 5) W razie *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego*, który w dniu rozpoczęcia *Hospitalizacji* ma ukończony 65. rok życia lub nie jest *Aktywny zawodowo*, pierwsze świadczenie zostanie wypłacone *Ubezpieczonemu* w wysokości równej *Sumie ubezpieczenia*, zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 6 OWU, po nieprzerwanym 30-dobowym okresie *Hospitalizacji*.
- 6) Świadczenie z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, w wysokości określonej w art. 7 ust. 6 OWU, zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
 - a) *Hospitalizacja* nastąpiła w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku*, który nastąpił w czasie trwania *Ubezpieczenia* i
 - b) *Hospitalizacja Ubezpieczonego* miała miejsce w trakcie trwania *Ubezpieczenia*, i
 - c) *Ubezpieczony* podlegał *Hospitalizacji* przez okres co najmniej 30 następujących po sobie dob.
- 7) Drugie i kolejne świadczenia z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* płatne są od 31. doby *Hospitalizacji* za każde pełne 30 (trzydzieści) kolejno następujących po sobie dob nieprzerwanej *Hospitalizacji*.
- 8) Świadczenie jest należne jedynie za okres *Hospitalizacji*, w trakcie którego *Ubezpieczony* jest objęty *Ubezpieczeniem*.
- 9) W ramach jednej *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*:
 - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 6,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 6 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub *Choroby*, o których mowa w ust. 5 powyżej.
- 10) Następujące po sobie okresy *Hospitalizacji* spowodowane tym samym *Nieszczęśliwym wypadkiem* będą uznawane za tę samą *Hospitalizację*, chyba że okres przerwy między *Hospitalizacjami* będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
- 11) W ramach wszystkich *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* w trakcie trwania *Ubezpieczenia*:
 - a) maksymalna liczba świadczeń z tytułu tego zdarzenia nie może przekroczyć 12,
 - b) całkowita kwota świadczeń nie może przekroczyć wartości, o której mowa w art. 7 ust. 6 OWU, przy czym do powyższych limitów nie są wliczane limity dotyczące świadczeń wypłaconych z tytułu *Hospitalizacji* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* lub *Choroby*, o których mowa w ust. 5 powyżej.

WAŻNE: Zdarzenia:

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

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

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

ARTYKUŁ 5. ZAWARCIE UMOWY, OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. *Ubezpieczeniem* może zostać objęty każdy *Klient*, który spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) w dniu rozpoczęcia *Ubezpieczenia* ukończył 18 lat,
 - 2) w dniu ostatecznej spłaty kredytu, wskazanym w *Harmonogramie*, udzielonego na podstawie *Umowy kredytowej*, nie ukończy 75 lat.
2. *Klient*, który spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęty *Ubezpieczeniem*, pod warunkiem zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* i opłacenia składki zgodnie z art. 6 OWU.
3. Odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*, pod warunkiem opłacenia składki. W przypadku nieopłacenia składki ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się.
4. *Umowa Ubezpieczenia* zostaje zawarta z chwilą doręczenia *Ubezpieczonemu* przez *Towarzystwo* Szczegółowej *Umowy Ubezpieczenia*.
5. Jeżeli treść Szczegółowej *Umowy Ubezpieczenia* zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, *Towarzystwo* przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
6. W przypadku określonym w ust. 5 powyżej, jeżeli *Ubezpieczony* w terminie 7 dni od doręczenia Szczegółowej *Umowy Ubezpieczenia* nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, *Umowa Ubezpieczenia* zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
7. Zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* z *Ubezpieczającym*, który oświadczył, że jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (dalej PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd lub Członka Zarządu *Towarzystwa*.
8. Okres ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania zgodnie z *Harmonogramem*.

ARTYKUŁ 6. SKŁADKA

1. Wysokość składki z tytułu *Ubezpieczenia* danego *Ubezpieczonego* jest określona w Szczegółowej *Umowie Ubezpieczenia*.
2. Wysokość składki jest ustalana z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku *Ubezpieczonych* oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*, a także charakterystyki *Umów kredytowych*.
3. Składki płatne są przez *Ubezpieczającego* w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres *Ubezpieczenia* danego *Ubezpieczonego*.

ARTYKUŁ 7. SUMA UBEZPIECZENIA

1. *Suma ubezpieczenia* z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* równa jest sumie:
 - 1) kwoty kapitału kredytu pozostałej do spłaty, wynikającej z *Harmonogramu*, obliczanej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z *Harmonogramem*) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia *Zdarzenia ubezpieczeniowego*, oraz
 - 2) kwoty odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty kredytu, wynikającej z *Harmonogramu*, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z *Harmonogramem*) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia *Zdarzenia ubezpieczeniowego*, jednak nie może być wyższa niż 50.000,00 (piećdziesiąt tysięcy) złotych.
2. *Suma ubezpieczenia* z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* równa jest sumie:
 - 1) kwoty kapitału kredytu pozostałej do spłaty, wynikającej z *Harmonogramu*, obliczanej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z *Harmonogramem*) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia *Zdarzenia ubezpieczeniowego*, oraz
 - 2) kwoty odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty kredytu, wynikającej z *Harmonogramu*, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z *Harmonogramem*) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia *Zdarzenia ubezpieczeniowego*, jednak nie może być wyższa niż 50.000,00 (piećdziesiąt tysięcy) złotych.
3. *Suma ubezpieczenia* z tytułu *Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* równa jest sumie:
 - 1) kwoty kapitału kredytu pozostałej do spłaty, wynikającej z *Harmonogramu*, obliczanej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z *Harmonogramem*) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia *Nieszczęśliwego wypadku* lub rozpoznania *Choroby* powodujących *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, oraz
 - 2) kwoty odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty kredytu, wynikającej z *Harmonogramu*, w wysokości ustalonej na dzień wymagalności najbliższej (zgodnie z *Harmonogramem*) raty kredytu przypadającej po dniu zajścia *Nieszczęśliwego wypadku* lub zdiagnozowania *Choroby* powodujących *Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, jednak nie może być wyższa niż 50.000,00 (piećdziesiąt tysięcy) złotych.
4. *Suma ubezpieczenia* z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z *Harmonogramem* bezpośrednio po nieprzerwanym 14-dobowym okresie *Hospitalizacji*. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich *Hospitalizacji*, przypadająca na jednego *Ubezpieczonego* w ramach jednej *Umowy kredytowej* nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (słownie: czterdziestu ośmiu tysięcy) złotych.
5. *Suma ubezpieczenia* z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *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 48.000,00 (słownie: czterdziestu ośmiu tysięcy) złotych.
6. *Suma ubezpieczenia* z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego* dla osób, które nie ukończyły 65. roku życia oraz są *Aktywne zawodowo*, oraz z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* dla pozostałych osób, jest równa wysokości miesięcznej raty kredytu przypadającej zgodnie z *Harmonogramem* bezpośrednio po nieprzerwanym 30-dobowym okresie *Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*. Łączna kwota świadczeń z tytułu wszystkich zdarzeń *Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* oraz *Hospitalizacji Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku*, przypadająca na jednego *Ubezpieczonego* w ramach jednej *Umowy kredytowej*, nie może przekroczyć kwoty 48.000,00 (słownie: czterdziestu ośmiu tysięcy) złotych.
7. *Suma ubezpieczenia* z tytułu operacji lub zabiegu chirurgicznego *Ubezpieczonego* na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* odpowiada sumie kwoty rat w ramach *Umowy kredytowej*, zgodnie z pierwotnym *Harmonogramem*, w liczbie określonej zgodnie z tabelą poniżej:

Tabela nr 1

Operacje na skutek Nieszczęśliwego wypadku i zabiegi chirurgiczne na skutek Nieszczęśliwego wypadku	wysokość świadczenia wyrażona jako liczba miesięcznych rat w ramach danej Umowy kredytowej
JAMA BRZUSZNA	
– wycięcie wyrostka robaczkowego	4
– wycięcie jelita	5
– wycięcie żołądka	5
– zespolenie żołądkowo-jelitowe	4
– usunięcie pęcherzyka żółciowego	5
– cesarskie cięcie	4
– otwarcie jamy brzusznej celem rozpoznania, leczenia lub usunięcia jednego lub kilku narządów, z wyjątkiem tu wymienionych	4
Przeprowadzenie dwu lub więcej operacji chirurgicznych podczas tego samego otwarcia jamy brzusznej będzie uważane za jedną operację.	
ROPIEŃ	
– nacięcie powierzchownego ropnia, wrzodu lub czyraka – jednego lub kilku	1
AMPUTACJA	
– palców rąk i nóg – każdy	1
– ręki, przedramienia lub stopy do kostki	2
– podudzia, ramienia lub uda	3
– uda na wysokości biodra	5

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

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.

ARTYKUŁ 8. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- 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:
 - w przypadku **śmierci *Ubezpieczonego***:
 - odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego* (oryginał lub kopia potwierdzona przez *Agentą*),
 - statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu (oryginał lub kopia potwierdzona przez *Agentą*),
 - 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 na skutek Nieszczęśliwego wypadku 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 uzyskiwania 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, 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 informacje wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
 - w przypadku:
 - ***Hospitalizacji Ubezpieczonego*** na skutek *Choroby* lub *Nieszczęśliwego wypadku* trwającej co najmniej 14 dob,
 - ***Hospitalizacji Ubezpieczonego*** na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* trwającej co najmniej 14 dob, oraz
 - ***Hospitalizacji Ubezpieczonego*** na skutek *Nieszczęśliwego wypadku* trwającej co najmniej 30 dob
 - 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*;

- 5) 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 Agenta:

- w siedzibie Santander Consumer Bank S.A. we Wrocławiu, przy ul. Strzegomskiej 42 c lub w jednej z placówek Santander Consumer Bank S.A.

bezpośrednio do Towarzystwa:

- pocztą elektroniczną** – przysyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl
- telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 52 64
- korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres:
Departament Roszczeń MetLife TUnŻIR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa)
- osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnŻIR S.A., przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Towarzystwa na terenie całego kraju.



2. Dodatkowe informacje

- 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.
- 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.
- Wypłata świadczenia
 - Towarzystwo* jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu **Zdarzenia ubezpieczeniowego**.
 - Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia *Towarzystwo* spełni w terminie określonym w ust. 1 powyżej.

ARTYKUŁ 9. BADANIE LEKARSKIE

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

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



ARTYKUŁ 10. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

WAŻNE: Uposażonego wskazuje *Ubezpieczony*. Uposażonym może być dowolna osoba. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* nie podlega podatkom od spadków i darowizn.



- Ubezpieczony* ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany *Uposażonego* przez doręczenie do *Towarzystwa* pisemnego oświadczenia.
- W celu wskazania lub zmiany *Uposażonego* należy podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko *Ubezpieczającego*,
 - nr *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*,

- imię i nazwisko *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną: nazwa firmy),
 - data urodzenia *Uposażonego* (jeśli jest osobą fizyczną),
 - adres do korespondencji *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną: siedziba firmy),
 - PESEL *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* jest osobą prawną: NIP),
 - udział procentowy *Uposażonego* w części świadczenia.
- Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego *Ubezpieczonego*.
- W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie *Uposażonego* świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 6.
 - Zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *Towarzystwo* oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
 - Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do śmierci *Ubezpieczonego*, wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne.
 - W przypadku braku *Uposażonych* uprawnionych do świadczenia świadczenie otrzyma małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego* w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego* w częściach równych. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone pozostałym spadkobiercom *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczą po *Ubezpieczonym*.

ARTYKUŁ 11. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.



- Niniejsze *Ubezpieczenie* nie obejmuje **Zdarzeń ubezpieczeniowych** powstałych na skutek:
 - samobójstwa *Ubezpieczonego* popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od dnia zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,
 - samookaleczenia *Ubezpieczonego* lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego* popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - Choroby* lub niepełnosprawności *Ubezpieczonego* zdiagnozowanych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia *Ubezpieczenia* i będących przyczyną wystąpienia **Zdarzenia ubezpieczeniowego** objętego *Ubezpieczeniem* – w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia rozpoczęcia *Ubezpieczenia*,
 - wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez *Ubezpieczonego* oraz świadomego udziału *Ubezpieczonego* w dowolnym działaniu przestępczym,
 - przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zalecane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia **Zdarzenia ubezpieczeniowego**, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było bezpośrednią przyczyną danego **Zdarzenia ubezpieczeniowego**.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego* jest związana z zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania, w tym zaburzeniami nerwowymi.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Czasowa niezdolność do pracy* na skutek **Nieszczęśliwego wypadku** wystąpiła wskutek:
 - zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicznych,
 - niesprawności stwierdzonej przez *Ubezpieczonego* na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych żadnymi dodatkowymi badaniami.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli *Hospitalizacja Ubezpieczonego* powstała na skutek:
 - wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków **Nieszczęśliwych wypadków** objętych niniejszą *Umową Ubezpieczenia*,
 - wykonywania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu *Choroby* rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicznych,
 - infekcji powstałych w trakcie *Hospitalizacji*,
 - jakiegolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym *Szpitala*.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja lub zabieg chirurgiczny na skutek **Nieszczęśliwego wypadku**, o których mowa w art. 4 ust. 8, wynikają lub są związane z:
 - wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu *Choroby*,
 - chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków **Nieszczęśliwych wypadków** objętych niniejszą *Umową Ubezpieczenia*,
 - wykonywaniem 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 uśłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa przez *Ubezpieczonego*, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- 9) promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
- 10) pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej,
- 11) podróżą jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, rozumianych jako przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób.

ARTYKUŁ 12. ODSĄPIENIE 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 doręzonego *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 *Agent*a w terminie 30 dni od końca miesiąca, w którym *Towarzystwo* otrzyma pisemne oświadczenie *Ubezpieczającego* o odstąpieniu od *Umowy Ubezpieczenia*.
4. W przypadku wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* *Ubezpieczenie* trwa do końca danego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, tj. do dnia wymagalności (włącznie z tym dniem) najbliższej (ustalonej zgodnie z *Harmonogramem*) raty kredytu przypadającej po dniu złożenia przez *Ubezpieczonego* wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia*. W takim przypadku *Ubezpieczającemu* przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej przez *Ubezpieczonego* ochrony ubezpieczeniowej.

ARTYKUŁ 13. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Odpowiedzialność *Towarzystwa* w stosunku do każdego *Ubezpieczonego* wygasa z chwilą wystąpienia jednego (najwcześniejszego) ze wskazanych zdarzeń:

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

ARTYKUŁ 14. SKARGI I ZAŻALENIA

1. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania *Umowy Ubezpieczenia* winny być przesyłane na piśmie do *Towarzystwa* na adres: MetLife TUNŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, lub elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl. W celu umożliwienia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji składający skargę lub zażalenie powinien przekazać je do *Towarzystwa* niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenie. *Towarzystwo* w ciągu 30 dni od dnia złożenia skargi lub zażalenia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź na skargę lub zażalenie, a w przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu poinformuje osobę skarżącą o przyczynach opóźnienia i wskaże przewidywany termin udzielenia odpowiedzi na skargę lub zażalenie, który w każdym przypadku nie może być jednak dłuższy niż 90 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
3. *Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony do świadczenia, Uposażony* lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

ARTYKUŁ 15. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

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

ARTYKUŁ 16. PODATKI

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek obciążają *Ubezpieczonego* i są uiszczane wraz z odpowiednią składką.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez *Towarzystwo*.
3. Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków

dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2014 r., poz. 851 j.t. z późn. zm.).

ARTYKUŁ 17. DORĘCZENIA

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

ARTYKUŁ 18. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW I ROZPATRYWANIE SKARG

1. Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wynikać z *Umowy Ubezpieczenia* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczonym, Uposażonym* lub ich następcami prawnymi będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczonego, Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 19. AKTUALIZACJA INFORMACJI

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



1. *Ubezpieczony* jest zobowiązany do niezwłocznego informowania *Towarzystwa* o zmianach:
 - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
 - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).
 Informacje o zmianach powinny być przekazane do *Towarzystwa* pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego *Ubezpieczonego*.
2. *Ubezpieczony* zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania *Towarzystwa* o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie jego podpisem. Złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez *Ubezpieczonego* może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.

ARTYKUŁ 20. PEŁNOMOCNICTWA

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z *Umową Ubezpieczenia* powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej i doręczone *Towarzystwu* w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata lub uprawnionego przedstawiciela *Agent*a lub *Towarzystwa*.

Warszawa, dnia 29 marca 2015 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

MetLife TUNŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KR5 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUNŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Telefoniczne Centrum Informacji: czynne od pn. do pt. w godz. 8.00-18.00, tel. +48 22 523 52 64
© MetLife TUNŻiR S.A., 2015 PEANUTS © 2015 Peanuts Worldwide

MetLife®

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