

Karta Produktu

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o **Ubezpieczeniu „Bezpieczne Raty” („Ubezpieczenie”)**. Karta Produktu nie jest częścią Umowy Ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. („Towarzystwo”) w celu stosowania przez Bank Handlowy w Warszawie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 16 („Bank”) na podstawie Rekomendacji U z dnia 24 czerwca 2014 r., dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance oraz Wytycznych dla zakładów ubezpieczeń dotyczących dystrybucji ubezpieczeń wydanych przez Komisję Nadzoru Finansowego i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie oraz pomóc Klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zawarciu Umowy Ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza z **Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia „Bezpieczne Raty” („OWU”)**, w których znajdują się szczegółowe informacje o Ubezpieczeniu. Pojęcia pisane dużą literą mają znaczenie określone w OWU.

Jeśli cechy produktu zawarte w niniejszej Karcie nie są zrozumiałe lub dopasowanie produktu do potrzeb budzi wątpliwość, należy przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia skorzystać z pomocy Towarzystwa lub Banku w tym zakresie.

Podstawowe dane dotyczące ubezpieczenia

1. Ubezpieczony/Ubezpieczający/Uposażony

Ubezpieczającym – czyli osobą zawierającą Umowę Ubezpieczenia na życie z Towarzystwem może być osoba fizyczna, która w dniu zawarcia Umów ukończyła 18 lat i nie ukończyła 86 lat.

Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.

Ubezpieczenie jest oferowane wyłącznie dla Klientów wnioskujących o zawarcie Umowy pożyczki w Banku.

Uposażonym jest osoba wskazana przez Ubezpieczającego przy składaniu wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia jako uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

Ubezpieczający ma prawo do zmiany Uposażonego w dowolnym czasie trwania Umowy Ubezpieczenia poprzez złożenie do Towarzystwa lub Banku stosownego oświadczenia.

2. Towarzystwo

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie (00-450), przy ul. Przemysłowej 26, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06. Zakres obowiązków Towarzystwa względem Klienta obejmuje w szczególności obsługę roszczeń ubezpieczeniowych i wypłatę świadczeń.

3. Rola Agenta Ubezpieczeniowego

Bank działa jako agent ubezpieczeniowy wykonujący czynności agencyjne na rzecz Towarzystwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, pod numerem 1120807/A. Klient ma możliwość sprawdzenia wpisu Banku do tego rejestru poprzez złożenie odpowiedniego wniosku do Komisji Nadzoru Finansowego, w szczególności w formie pisemnej lub telefonicznej.

Bank wykonuje działalność agencyjną także na rzecz następujących zakładów ubezpieczeń: Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., Europ Assistance Holding, Europ Assistance Limited Company Oddział w Irlandii, MetLife Europe Insurance DAC, PZU Życie S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Warta S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Warta S.A.

Zakres obowiązków Banku obejmuje w szczególności informowanie o warunkach Ubezpieczenia oraz zasadach zawarcia Umowy Ubezpieczenia, przedstawianie i odbieranie od Ubezpieczających niezbędnych dokumentów do zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub innych dyspozycji dotyczących Umowy Ubezpieczenia, w tym zgłoszenia roszczeń ubezpieczeniowych, a następnie przekazywanie dokumentów do Towarzystwa. Bank, jako agent ubezpieczeniowy, otrzymuje od Towarzystwa prowizję lub inny rodzaj wynagrodzenia uwzględniony w kwocie składki ubezpieczeniowej.

OEX Cursor działa jako agent ubezpieczeniowy wykonujący czynności agencyjne na rzecz Towarzystwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, pod numerem 11235340/A. Klient ma możliwość sprawdzenia wpisu OEX Cursor do tego rejestru poprzez złożenie odpowiedniego wniosku do Komisji Nadzoru Finansowego, w szczególności w formie pisemnej lub telefonicznej.

Zakres obowiązków OEX Cursor obejmuje czynności związane z oferowaniem Klientom zawarcia Umów Ubezpieczenia i zawieraniem tych umów w procesie sprzedaży telefonicznej, w tym przedstawianie i odbieranie od Ubezpieczającego niezbędnych oświadczeń potrzebnych do zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub innych dyspozycji dotyczących Umowy Ubezpieczenia.

OEX Cursor, jako agent ubezpieczeniowy, otrzymuje od Towarzystwa prowizję uwzględnioną w kwocie składki ubezpieczeniowej.

4. Typ umowy ubezpieczenia

Indywidualne umowy ubezpieczenia zawierane pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem.

5. Główny cel Ubezpieczenia

Ubezpieczenie ma charakter ochronny.

6. Cechy Ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego Ubezpieczenia jest ochrona życia, zdrowia Ubezpieczonego.

Wysokość świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo, w zależności od rodzaju świadczenia, powiązana jest z wartością pożyczki gotówkowej lub jej rat, zgodnie z pierwotnym Harmonogramem pożyczki gotówkowej. W każdym czasie w trakcie obowiązywania Umowy pożyczki Ubezpieczający, na swój wniosek, ma prawo do otrzymania bezpłatnie pierwotnego Harmonogramu spłaty.

7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej

SZCZEGÓLNIE WAŻNE

W przypadku osób, które w dniu zawarcia Umowy nie ukończyły 65. roku życia, zakres Ubezpieczenia określony w Polisie, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego pakietem Ubezpieczenia, obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) w ramach pakietu Standard: śmierć Ubezpieczonego,
- 2) w ramach pakietu Plus: śmierć Ubezpieczonego, Czasową niezdolność do pracy dla osób, które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności są Aktywne zawodowo, albo Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku dla osób, które w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji nie są Aktywne zawodowo.

8. Początek ochrony ubezpieczeniowej

Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki.

Okres Ubezpieczenia jest równy okresowi, na jaki zawarta została Umowa pożyczki, zgodnie z pierwotnym Harmonogramem spłat pożyczki, z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w pkt. 9.

9. Koniec ochrony ubezpieczeniowej

Umowa Ubezpieczenia wygasa w przypadku wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń:

- 1) śmierci Ubezpieczonego,
- 2) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia,
- 3) odstąpienia od Umowy pożyczki,
- 4) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia,
- 5) upływu okresu wskazanego w Harmonogramie, na jaki została udzielona pożyczka na podstawie Umowy pożyczki,
- 6) wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie ubezpieczenia w odniesieniu do tej samej Umowy pożyczki,
- 7) wcześniejszej, całkowitej spłaty zadłużenia wynikającego z Umowy pożyczki,
- 8) rozwiązania Umowy pożyczki w terminie wcześniejszym niż określony w Harmonogramie.

W przypadku Ubezpieczenia nie stosuje się wznowienia ochrony ubezpieczeniowej lub kontynuacji Ubezpieczenia po wygaśnięciu Umowy pożyczki.

10. Składka ubezpieczeniowa

SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- 1) 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 Umowy pożyczki.
- 2) Wysokość Składki stanowi odpowiedni procent Całkowitej kwoty pożyczki (wyrażony poprzez Stawkę roczną w Polisie) za każdy rok ochrony i zależnie od wybranej opcji Ubezpieczenia wynosi 1,6% – w pakiecie Standard, 3,2% – w pakiecie Plus.
- 3) Składka płatna jest przez Ubezpieczającego w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres Ubezpieczenia i pobierana przez Bank poprzez doliczenie do kwoty pożyczki. Płatność Składki następuje w momencie wypłaty (udostępnienia) pożyczki gotówkowej przez Bank.
- 4) Wysokość Składki z tytułu Ubezpieczenia jest określona w Polisie.

11. Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia, zasady ich obliczania i osoby uprawnione do ich otrzymania

SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- 1) Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu:
 - a) śmierci Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Umowy nie ukończył 65. roku życia lub
 - b) śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 65. rok życia, wynosi:
 - w przypadku pakietu Standard: 150% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
 - w przypadku pakietu Plus: 250% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, nie więcej niż 375.000 (trzysta siedemdziesiąt pięć tysięcy) złotych.
- 2) Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 65. rok życia, wynosi 9-krotność pierwszej Miesięcznej raty wg Harmonogramu, przypadającej po śmierci Ubezpieczonego.

- 3) Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub Hospitalizacji Ubezpieczonego (zgodnie z pkt. 7 powyżej):
W przypadku Czasowej niezdolności do pracy pierwsze miesięczne świadczenie wypłacane jest za pierwsze 30 dni potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy. Kolejne miesięczne świadczenie naliczane jest za każdy dzień, począwszy od 31. dnia potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy w wysokości 1/30 miesięcznego świadczenia, przy czym świadczenia są wypłacane w cyklach miesięcznych.
W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku pierwsze miesięczne świadczenie płatne jest za pierwszych 7 następujących po sobie dni Hospitalizacji. Kolejne świadczenie naliczane jest za każdy dzień Hospitalizacji, począwszy od 8. dnia, w wysokości 1/30 miesięcznego świadczenia, przy czym świadczenia są wypłacane w cyklach miesięcznych.

12. Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia (rozumiana jako łączna, górna granica odpowiedzialności Towarzystwa, obejmująca Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, Sumę ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy bądź Hospitalizacji) nie może być większa niż 375.000 (trzysta siedemdziesiąt pięć tysięcy) złotych.

- 1) Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego – kwota ustalona na dzień śmierci Ubezpieczonego, stanowiąca sumę następujących składników:
 - a) Kwoty zadłużenia oraz
 - b) Kwoty stanowiącej równowartość dwóch ostatnich zaległych Miesięcznych rat należnych zgodnie z Harmonogramem, oraz
 - c) odsetek należnych od dnia wymagalnej płatności ostatniej Miesięcznej raty do dnia śmierci.
- 2) Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek – dotyczy wyłącznie osób, które w dniu zawarcia Umowy ukończyły 65 lat. Jest to kwota stanowiąca sumę równą 9-krotności pierwszej Miesięcznej raty wg pierwotnego Harmonogramu spłat, przypadającej po śmierci Ubezpieczonego.
- 3) Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy bądź Hospitalizacji – 12-krotność kwoty równej 200% Miesięcznej raty i nie więcej niż 30.000 (trzydzieści tysięcy) złotych miesięcznie.

13. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- 1) Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć, śmierć NW, Czasowa niezdolność do pracy, Hospitalizacja powstały na skutek:
 - a) choroby zdiagnozowanej lub leczonej w ciągu pierwszych 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej i będącej przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w ciągu pierwszych 12 miesięcy okresu ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) samobójstwa popełnionego w ciągu 12 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub samookaleczenia Ubezpieczonego, a także uszkodzenia ciała na jego prośbę,
 - c) wojny, działań zbrojnych, strajku, zamieszek lub aktów terroryzmu,
 - d) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz udziału Ubezpieczonego w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym,
 - e) spożycia, spożywania lub pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażycia środków odurzających lub psychotropowych, pobudzających, halucynogennych, narkotyków, innych środków o podobnym działaniu, jeżeli nie zostały zalecone przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia.
- 2) Dodatkowo świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy lub Hospitalizacja Ubezpieczonego wystąpiła wskutek:
 - a) wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - b) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - c) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową Ubezpieczenia.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa zawarte są w OWU w artykule 10.

14. Odstąpienie/Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia

Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia, jak również ma prawo do wypowiedzenia tej Umowy Ubezpieczenia w całym okresie jej obowiązywania. W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia całość Składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu za pośrednictwem Agenta w terminie 30 dni liczonych od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia ulega ona rozwiązaniu z upływem danego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, tj. z dniem wymagalności (włącznie z tym dniem) najbliższej (ustalonej zgodnie z Harmonogramem) Miesięcznej raty przypadającej po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia.

15. Zasady i tryb zgłaszania Zdarzenia ubezpieczeniowego

Bezpośrednio do Towarzystwa niezwłocznie po wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres:

- Departament Roszczeń MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa.

Zdarzenia ubezpieczeniowe mogą być również zgłaszane bezpośrednio do Banku: Zespół Obsługi Produktów Ubezpieczeniowych i Inwestycyjnych, Bank Handlowy w Warszawie S.A., ul. Pstrowskiego 16, 10-602 Olsztyn.

Wszelkie odwołania oraz zażalenia związane z decyzją Towarzystwa o nieuznaniu lub niesatysfakcjonującym uznaniu roszczenia lub z trybem rozpatrywania roszczeń należy kierować do Towarzystwa zgodnie z zasadami w pkt. 16. Osobom uprawnionym przysługuje również prawo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

16. Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania skarg i Reklamacji oraz mediacja

- 1) Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - a) pisemnie na adres siedziby Towarzystwa: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: kontakt@metlife.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem +48 22 523 52 64,
 - d) osobiście w siedzibie Towarzystwa,
 - e) w Banku w formie:
 - pisemnej – złożonej osobiście w Oddziale Banku w godzinach pracy Oddziału, albo przesłanej na adres: Citi Handlowy, Departament Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Golezowska 6, 01-249 Warszawa,
 - ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w Oddziale Banku,
 - elektronicznej – na adres poczty elektronicznej Banku, przez Citibank Online po zalogowaniu w zakładce „Kontakt z bankiem” oraz na stronie www.citibank.pl korzystając z formularza reklamacyjnego.

Aktualne dane kontaktowe umożliwiające złożenie Reklamacji są dostępne na stronie internetowej Banku (www.citibank.pl) w Procedurze składania i rozpatrywania skarg/reklamacji.

- 2) Każda Reklamacja złożona zgodnie z pkt. 1) rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania przez Towarzystwo lub Bank.
- 3) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w pkt 2) odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.

O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Towarzystwo lub Agenta w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.

„Polityka rozpatrywania Reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.

Osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia, może zwrócić się w sprawie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

Towarzystwo wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej znajdują się adresy stron internetowych obu podmiotów:

- Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl/> oraz
 - Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny.
- 4) Bank jako agent ubezpieczeniowy udziela odpowiedzi na Reklamacje w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

17. Opodatkowanie świadczeń

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie 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.

18. Wpływ Ubezpieczenia na dostępność produktów bankowych

Ubezpieczenie jest dobrowolne i nie wpływa na dostępność produktów bankowych oferowanych przez Bank. Klient ma możliwość wyboru innego ubezpieczyciela niż współpracujący z Bankiem. W takim przypadku Bank nie wyznacza akceptowanego minimalnego zakresu ochrony, który uznaje za wystarczający dla zabezpieczenia swoich roszczeń.

19. Dostęp Klienta do dodatkowych informacji

Dodatkowych informacji o postanowieniach zawartej Umowy Ubezpieczenia oraz warunkach ubezpieczenia Klient może żądać u uprawnionych przedstawicieli Banku lub Towarzystwa.

20. Inne ważne informacje

- 1) W przypadkach i w zakresie określonym w art. 98 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą być zaspokojone częściowo ze środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.
- 2) Ubezpieczenie na podstawie OWU „Bezpieczne Raty” nie jest zobowiązaniem ani nie jest gwarantowane przez Bank Handlowy w Warszawie S.A., ani przez żaden z podmiotów powiązanych lub zależnych, ani przez Bankowy Fundusz Gwarancyjny.

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. MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc. Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 52 64, e-mail: kontakt@metlife.pl, Internet: www.metlife.pl
© MetLife TUnŻiR S.A., 2018