

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9006LC18 (OWU)

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 7
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 2, 4-5, 7, 9-13, 18-21 art. 10

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Bezpieczne Raty

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

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 OWU mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy Ubezpieczenia.

Artykuł 2. Definicje

Użyte w niniejszych OWU określenia pisane dużą literą oznaczają:

- Agent** – odpowiednio: Bank Handlowy w Warszawie S.A. z siedzibą w Warszawie lub OEX Cursor S.A. z siedzibą w Warszawie – który jako agent ubezpieczeniowy wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Towarzystwa.
- Aktywność zawodowa** – świadczenie pracy na podstawie umowy o pracę lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile z tego tytułu osoba podlega ubezpieczeniu chorobowemu w ZUS i nie posiada prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych.
- Bank** – Bank Handlowy w Warszawie S.A. z siedzibą w Warszawie.
- 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 w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego.
- Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, która miała miejsce w okresie ochrony, powstała na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku, potwierdzona przez pracodawcę lub zleceniodawcę Ubezpieczonego, na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W przypadku osób, które w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy nie wykonują Aktywności zawodowej, za Czasową niezdolność do pracy uznaje się Hospitalizację Ubezpieczonego.
- Harmonogram** – pierwotny plan spłat rat pożyczki określający m.in. kapitał pozostały do spłaty, termin oraz wysokość raty pożyczki obowiązujący w dniu zawarcia Umowy pożyczki, dostępny w Banku na żądanie Klienta.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego.
- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę pożyczki z Bankiem.
- Wypłacona kwota pożyczki** – Całkowita kwota pożyczki powiększona o należne opłaty, prowizje i Składkę z tytułu Ubezpieczenia udzielanego w ramach Umowy Ubezpieczenia.
- Całkowita kwota pożyczki** – kwota udostępniona Klientowi przez Bank w formie przelewu w sposób określony w Umowie pożyczki. Całkowita kwota pożyczki nie zawiera opłat i prowizji, a także Składki z tytułu Umowy Ubezpieczenia.

11. **Kwota zadłużenia** – część Wyplaconej kwoty pożyczki pozostająca do spłaty na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z Harmonogramem, tj. niezależnie od płatności dokonanych przez Klienta lub osobę trzecią. Kwota zadłużenia nie obejmuje odsetek należnych i zaległych, opłat z tytułu opóźnienia ani innych kosztów, do pokrycia których Ubezpieczony może zostać zobowiązany z tytułu opóźnienia w płatnościach.
12. **Miesięczna rata** – kwota przypadająca w każdym miesiącu do zapłaty, zgodnie z Harmonogramem, niezależnie od dokonanych zmian wysokości raty w czasie trwania Umowy pożyczki oraz płatności dokonanych przez Klienta lub osobę trzecią.
13. **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 lub śmierć.
14. **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Bezpieczne Raty” nr 9006LC18.
15. **Polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, obejmujący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia oraz objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową zgodnie z wybranym wariantem.
16. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia kierowane do Towarzystwa lub Agenta, w którym zgłaszane jest zastrzeżenie dotyczące działalności lub usług świadczonych przez Towarzystwo.
17. **Składka** – kwota określona w Polisie, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu.
18. **Suma ubezpieczenia** – oznacza łączną, górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa obejmującą: 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. Suma ubezpieczenia nie może być większa niż 375.000 (trzysta siedemdziesiąt pięć tysięcy) złotych.
19. **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego** – kwota ustalona na dzień śmierci Ubezpieczonego, stanowiąca sumę następujących składników:
 - a) Kwoty zadłużenia oraz
 - b) kwoty stanowiącej równowartość zaległości w spłacie na dzień śmierci, ale nie więcej niż dwie ostatnie zaległe Miesięczne raty należne zgodnie z Harmonogramem, oraz
 - c) odsetek należnych od dnia wymagalnej płatności ostatniej Miesięcznej raty do dnia śmierci.
20. **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek** – dotyczy wyłącznie osób, które w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończyły 65 lat. Jest to kwota stanowiąca sumę równą 9-krotności pierwszej Miesięcznej raty wg Harmonogramu, przypadającej po śmierci Ubezpieczonego.
21. **Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy bądź Hospitalizacji** – 12-krotność kwoty równej 200% Miesięcznej raty, ale nie więcej niż 30.000 (trzydzieści tysięcy) złotych miesięcznie.
22. **Szpital** – zakład leczniczy, działający na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.



WYJAŚNIENIE: Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne i tzw. szpitale/kliniki jednego dnia.

23. **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w wysokości i na zasadach określonych w niniejszych OWU.
24. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, 00-450, ul. Przemysłowa 26, wpisane 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, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
25. **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty Składki.
26. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
27. **Ubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.



WAŻNE: Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym. Jest osobą, która zawarła Umowę Ubezpieczenia z Towarzystwem i jest zobowiązana do opłacania Składek, oraz osobą, której życie lub zdrowie są chronione.

28. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, Polisa oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy Ubezpieczającego oraz Towarzystwa, załączone do Umowy Ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część.
29. **Umowa pożyczki** – umowa pożyczki gotówkowej zawarta pomiędzy Klientem a Bankiem.
30. **Uposażony** – osoba, której wypłacane jest Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest każda osoba wskazana przez Ubezpieczającego. Jeśli Ubezpieczający nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka i dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.
31. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia określone poniżej:
 - 1) w przypadku osób, które w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie ukończyły 65. roku życia, zakres Ubezpieczenia określony w Polisie, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego pakietem Ubezpieczenia, obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) w ramach pakietu Standard:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - b) 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.
 - 2) w przypadku osób, które w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie ukończyły 65. rok życia, a nie ukończą 86. roku życia w dniu zakończenia Umowy Ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia określony w Polisie obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) w ramach pakietu Standard:
 - śmierć Ubezpieczonego z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek,
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Artykuł 3. Przedmiot Ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego Ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczonego.



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

Artykuł 4. Rodzaje i wysokość Świadczeń ubezpieczeniowych

W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe na zasadach określonych poniżej:

1. **Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu:**
 - śmierci Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie ukończył 65. roku życia lub
 - śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia ukończył 65. rok życia

W razie śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Uposażonemu Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości zależnej od wybranego pakietu:

 - w przypadku pakietu Standard: 150% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
 - w przypadku pakietu Plus: 250% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, obliczonej zgodnie z postanowieniami art. 2 ust. 18 i ust. 19 i 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 i nie ukończy 86. roku życia w dniu zakończenia Umowy Ubezpieczenia**
 - 1) W razie śmierci Ubezpieczonego z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek Towarzystwo wypłaca Uposażonemu Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, obliczonej zgodnie z postanowieniami art. 2 ust. 18 i ust. 20 i nie więcej niż 375.000 (trzysta siedemdziesiąt pięć tysięcy) złotych.

3. Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu

- Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego dla osób, które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności są Aktywne zawodowo, albo Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby dla osób, które w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji nie są Aktywne zawodowo**
- 1) W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo wystąpienia w okresie Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia tej niezdolności jest Aktywny zawodowo, pierwsze Świadczenie ubezpieczeniowe będzie należne po 30. dniu nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy, a jego wysokość będzie równa 200% Miesięcznej raty, określonej w art. 2 ust. 12, przypadającej w tym okresie.
 - 2) Każde kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe należne jest za każdy kolejny dzień Czasowej niezdolności do pracy, następujący po 30. dniu czasowej niezdolności do pracy, o którym mowa w pkt 1), i jest płatne po każdym kolejnym okresie 30 dni Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, w wysokości 1/30 kwoty, o której mowa w pkt 1) powyżej, z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba dni, za które należne jest Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego związanego z Czasową niezdolnością do pracy, nie może przekroczyć 360 dni, natomiast z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych związanych z Czasową niezdolnością do pracy w trakcie całego okresu Ubezpieczenia nie może przekroczyć 540 dni, a całkowita kwota świadczeń – wartości, o której mowa w art. 2 ust. 21.
 - 3) W przypadku, gdy powtórna Czasowa niezdolność do pracy ma miejsce w czasie krótszym niż 360 dni od dnia zakończenia poprzedniej Czasowej niezdolności do pracy, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia powtórnej Czasowej niezdolności do pracy pod warunkiem, że trwa ona przez co najmniej 30 następujących po sobie dni i jest ona traktowana jako kontynuacja poprzedniej Czasowej niezdolności do pracy.
 - 4) Decyzja Towarzystwa o uznaniu Czasowej niezdolności do pracy zostanie podjęta w oparciu o:
 - a) dokument wystawiony przez pracodawcę/zleceniodawcę, potwierdzający, że w danym terminie pracownik/zleceniobiorca przebywał na zwolnieniu lekarskim na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o Czasowej niezdolności do pracy oraz
 - b) kopię wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydruk formularza e-ZLA (potwierdzony pieczętką lekarza wystawiającego dokument) lub kopię orzeczenia o Czasowej niezdolności do pracy wydanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie, potwierdzającego Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
 - 5) Prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się:
 - a) z upływem 360-dniowego okresu, za który jest należne Świadczenie ubezpieczeniowe 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 540-dniowego okresu, za który jest należne Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w trakcie całego okresu Ubezpieczenia,
 - f) z chwilą nabycia prawa do wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy bądź Hospitalizacji, zgodnie z art. 2 ust. 21,
 - g) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z art. 12.
 - 6) Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego w wysokości określonej w pkt 1) powyżej zostanie wypłacone pod warunkiem, że zostaną łącznie spełnione następujące warunki:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w czasie trwania Ubezpieczenia lub Choroby, która rozpoczęła się w czasie trwania Ubezpieczenia,
 - b) Hospitalizacja Ubezpieczonego miała miejsce w trakcie trwania Ubezpieczenia,
 - c) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji przez okres co najmniej 7 następujących po sobie dni.
 - 7) W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji nie jest Aktywny zawodowo, pierwsze miesięczne Świadczenie ubezpieczeniowe płatne jest za pierwszych 7 następujących po sobie dni Hospitalizacji, a jego wysokość będzie równa 200% Miesięcznej raty określonej w art. 2 ust. 12.
 - 8) Każde kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe należne jest za każdy następny dzień Hospitalizacji i jest płatne po każdym kolejnym okresie 30 dni Hospitalizacji Ubezpieczonego, w wysokości 1/30 kwoty, o której mowa w pkt 7) powyżej, za każdy 30-dniowy okres Hospitalizacji z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba dni, za które należne jest Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego związanego z Hospitalizacją Ubezpieczonego, nie może przekroczyć 360 dni, a całkowita kwota świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego związanego z Hospitalizacją Ubezpieczonego – wartości, o której mowa w art. 2 ust. 21.
 - 9) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą będą uznawane za tę samą Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 360 dni.
 - 10) Prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Hospitalizacji kończy się:
 - a) z upływem 360-dniowego okresu, za który jest należne Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu jednej Hospitalizacji,
 - b) z upływem ostatniego dnia Hospitalizacji,
 - c) z upływem 540-dniowego okresu, za który jest należne Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji w trakcie całego okresu Ubezpieczenia,
 - d) z chwilą nabycia prawa do wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy bądź Hospitalizacji, zgodnie z art. 2 ust. 21,
 - e) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z art. 12.

Artykuł 5. Zawarcie Umowy, początek i 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 zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie ukończył 65 lat – w przypadku pakietu Plus,
 - 3) w dniu zakończenia Umowy Ubezpieczenia nie ukończy 86 lat – w przypadku pakietu Standard,
 - 4) zawarł Umowę pożyczki,
 - 5) złożył za pośrednictwem Agenta pisemnie, drogą telefoniczną lub drogą elektroniczną oświadczenie woli dotyczące zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
2. Klient, który spełnia wymogi określone w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia i opłacenia Składki zgodnie z niniejszymi OWU.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki.
4. W przypadku nieopłacenia Składki ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się.
5. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta w dniu akceptacji wniosku o ubezpieczenie przez Towarzystwo, o czym Towarzystwo bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta niezwłocznie informuje Ubezpieczonego. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia jest potwierdzane Polisa przekazywaną Ubezpieczającemu.
6. Jeżeli treść Polisy zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
7. W przypadku określonym w punkcie 6, jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od dnia doręczenia Polisy nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia – o treści określonej w Polisie – zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym ustępie.
8. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia z Klientem, który jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (dalej odpowiednio PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu zgody przez Członka Zarządu Towarzystwa, kadre kierowniczą wyższego szczebla lub osobę upoważnioną przez Zarząd.
9. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na okres ubezpieczenia, który jest równy okresowi, na jaki zawarta została Umowa pożyczki, zgodnie z Harmonogramem.

Artykuł 6. Składka

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 Umów pożyczki.
2. Wysokość Składki stanowi odpowiedni procent Całkowitej kwoty pożyczki (wyrażony poprzez Stawkę roczną w Polisie) za każdy rok ochrony.
3. Składki płatne są przez Ubezpieczającego w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.
4. Wysokość Składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona w Polisie.
5. Ubezpieczający opłaca Składkę w terminie i na zasadach określonych w Polisie.

Artykuł 7. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego niezbędne jest przedłożenie Agentowi lub Towarzystwu dokumentów określonych poniżej, o ile osoba zgłaszająca jest lub zgodnie z prawem może być w ich posiadaniu:

- 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego:
 - a) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego w oryginale lub kopii potwierdzonej przez Agenta,
 - b) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - c) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć Ubezpieczonego jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - e) wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje określone w formularzu Towarzystwa,
 - f) kopii dokumentu tożsamości Uposażonego,
 - 2) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy:
 - a) kopii wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydruku formularza e-ZLA (potwierdzonego imienną pieczętką lekarza wystawiającego dokument) lub kopii orzeczenia o Czasowej niezdolności do pracy wydanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie, potwierdzającego Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - b) dokumentu potwierdzającego, że w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczony uzyskiwał dochód z tytułu umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej,
 - c) pisemnego zaświadczenia wystawionego przez pracodawcę/zleceniodawcę potwierdzającego, że w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczony uzyskiwał dochód z tytułu umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej,
 - d) dokument wystawiony przez pracodawcę/zleceniodawcę potwierdzający, że w danym terminie pracownik/zleceniobiorca przebywał na zwolnieniu lekarskim na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o Czasowej niezdolności do pracy,
 - e) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Czasowej niezdolności do pracy,
 - f) 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,
 - g) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę/zleceniodawcę, gdy Nieszczęśliwy wypadek powodujący Czasową niezdolność do pracy wydarzył się w miejscu świadczenia pracy,
 - h) wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje określone w formularzu Towarzystwa,
 - i) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
 - 3) w przypadku Hospitalizacji:
 - a) kopii dokumentacji medycznej Ubezpieczonego dotyczącej Hospitalizacji,
 - b) kopii karty wypisowej z leczenia szpitalnego,
 - c) kopii dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, gdy Hospitalizacja miała miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Hospitalizacja jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - e) wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje określone na formularzu Towarzystwa,
 - f) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
2. Dodatkowe informacje:
- 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia dokumentacji medycznej lub prawnej dotyczącej tego Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski,
 - 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 ubezpieczeniowego.
3. Wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego:
- 1) Towarzystwo jest zobowiązane spełnić Świadczenie ubezpieczeniowe 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 ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo spełni w terminie określonym w pkt 1) powyżej.

Artykuł 8. Badanie lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzania 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 i treścią Umowy Ubezpieczenia, jeżeli jest to niezbędne w celu podjęcia przez Towarzystwo decyzji w przedmiocie zasadności roszczenia. Wszelkie Świadczenia ubezpieczeniowe 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 9. Wskazanie i zmiana Uposażonych



WAŻNE: Uposażonego wskazuje Ubezpieczający. Uposażonym może być dowolna osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkowi od spadków i darowizn zgodnie z przepisami obowiązującymi w dacie zawierania Umowy Ubezpieczenia.

1. Ubezpieczający ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez złożenie do Towarzystwa lub do Agenta oświadczenia.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczającego,
 - 2) numer Polisy, którym jest numer Umowy pożyczki,
 - 3) imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwa przedsiębiorstwa),
 - 4) data urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
 - 5) adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: siedziba przedsiębiorstwa),
 - 6) PESEL Uposażonego (lub w przypadku, gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: NIP),
 - 7) udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.
 Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego.
3. W przypadku niepodania danych lub podania niepełnych danych, o których mowa w ust. 2 powyżej, uniemożliwiających ustalenie Uposażonego, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami art. 2 ust. 30.
4. Zmiana Uposażonego następuje pod warunkiem otrzymania przez Agenta lub Towarzystwo skutecznego oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
5. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, a Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest zgodnie z art. 2 ust. 30.
6. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, Ubezpieczający powinien określić ich udziały procentowe w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego.
7. W przypadku nieokreślenia udziałów procentowych poszczególnych Uposażonych w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego przyjmuje się, iż ich udziały są równe.

Artykuł 10. Ograniczenia i wyłączenia 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:
 - 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,
 - samobójstwa popełnionego w ciągu 12 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub samookaleczenia Ubezpieczonego, a także uszkodzenia ciała na jego prośbę,
 - wojny, działań zbrojnych, strajku, zamieszek lub aktów terroryzmu,
 - popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz udziału Ubezpieczonego w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym,
 - spożycia, spożywania lub pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażywania środków odurzających lub psychotropowych, pobudzających, halucynogennych, narkotyków, innych środków o podobnym działaniu, jeżeli nie zostały zalecone przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia.
- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy lub Hospitalizacja Ubezpieczonego wystąpiły wskutek:
 - wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową Ubezpieczenia.

Artykuł 11. Odstąpienie lub 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 w całym okresie jej obowiązywania, z zastrzeżeniem ust. 5.
- Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie następuje na podstawie oświadczenia złożonego Agentowi lub bezpośrednio do Towarzystwa.
- Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2, powinno zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczającego, numer PESEL oraz numer Polisy, którym jest numer Umowy pożyczki wskazany na Polisie.
- 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 ta ulega 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. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje, za pośrednictwem Agenta, zwrot Składki za okres niewykorzystanej przez Ubezpieczającego ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 12. Wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia oraz zwrot Składki

- Umowa Ubezpieczenia wygasa w przypadku wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń:
 - śmierci Ubezpieczonego,
 - odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia,
 - odstąpienia od Umowy pożyczki,
 - z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, o którym mowa w art. 11 ust. 5,
 - upływu okresu wskazanego w Harmonogramie, na jaki została udzielona pożyczka na podstawie Umowy pożyczki,
 - wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie ubezpieczenia w odniesieniu do tej samej Umowy pożyczki,
 - w przypadku wcześniejszej, całkowitej spłaty zadłużenia wynikającego z Umowy pożyczki,
 - w przypadku rozwiązania Umowy pożyczki w terminie wcześniejszym niż określony w Harmonogramie.
- W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 4), 7), 8) powyżej, Towarzystwo za pośrednictwem Agenta zwróci część Składki za niewykorzystany okres Ubezpieczenia, pod warunkiem, że nie zostało wypłacone Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej Sumie ubezpieczenia lub Sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub Sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek lub równej częściowej lub całkowitej Sumie ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy bądź Hospitalizacji, które spowodowały spłatę Kwoty zadłużenia, a w konsekwencji rozwiązanie Umowy pożyczki w terminie wcześniejszym niż określony w Harmonogramie. W przypadku odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia i odstąpienia od Umowy pożyczki zwrot nastąpi w pełnej wysokości.
- Wartość części Składki do zwrotu jest wyliczana na podstawie wzoru, który uwzględni składkę pobraną w ramach Umowy pożyczki, a także niewykorzystany okres ochrony Ubezpieczonego:

$R = S \times Dt / Dn$, gdzie:

R – składka podlegająca zwrotowi przypadająca na danego Ubezpieczającego,

S – składka jednorazowa z tytułu Ubezpieczenia w ramach jednej Umowy pożyczki,

Dt – liczba pozostałych pełnych miesięcy (w rozumieniu miesięcznych rat pożyczki) po dacie zakończenia udzielania ochrony ubezpieczeniowej,

Dn – okres kredytowania w miesiącach (w rozumieniu miesięcznych rat pożyczki), zgodnie z pierwotnym Harmonogramem spłaty pożyczki obowiązującym w dniu zawierania Umowy pożyczki.



WYJAŚNIENIE: Ubezpieczający ma możliwość rezygnacji z Umowy Ubezpieczenia w każdym momencie jej trwania. Powoduje to wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej oraz zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

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



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

- 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 podajemy 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.

Artykuł 14. Postanowienia kolizyjne

Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych OWU a postanowieniami Polisy rozstrzygają postanowienia Polisy.

Artykuł 15. Należności, opłaty, podatki

- Należności, opłaty związane z opłacaniem Składek obciążają Ubezpieczającego.
- Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą Świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych Świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty Świadczenia ubezpieczeniowego przez Towarzystwo.
- 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 2011 r. Nr 74, poz. 397 j.t. z późn. zm.).

Artykuł 16. Doręczenia

- Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub Uposażonego związane z Umową Ubezpieczenia powinny być przekazywane odpowiednio do Towarzystwa lub za pośrednictwem Agenta, pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
- Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczającego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego lub Uposażonego lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

Artykuł 17. Prawo właściwe, właściwość sądów i dodatkowe informacje dotyczące Towarzystwa

- Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy Ubezpieczenia lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
- Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
- Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa.

Artykuł 18. Aktualizacja informacji

- Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Towarzystwa lub Agenta o zmianach:
 - danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
 - danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).Informacje o zmianach powinny być przekazane do Towarzystwa lub Agenta pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczającego.
- Ubezpieczający będący osobą fizyczną zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o byciu lub zaprzestaniu bycia PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Artykuł 19. Postanowienia końcowe

- W relacjach z Ubezpieczającym oraz Uposażonym zastosowanie ma język polski.
- 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 (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 392 z późn. zm.) świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą być zaspokojone ze środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.
- Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z Umową Ubezpieczenia powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej i doręczone do Towarzystwa w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata lub uprawnionego przedstawiciela Agenta lub Towarzystwa.



Agata Lem-Kulić
Członek Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

Warszawa, 13 lipca 2018 roku.