

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9928SI18 (OWU)

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 i art. 8
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 1-3, 6, 17 art. 7 art. 11

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9928SI18 (OWU)

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 bezpośrednio dotyczące 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 wielkimi literami oznaczają:

- Aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile z tego tytułu osoba podlega ubezpieczeniu chorobowemu w ramach ubezpieczenia społecznego i nie nabyła prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych.
- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
- Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, powstała na skutek Choroby lub NW, potwierdzona przez pracodawcę lub zleceniodawcę Ubezpieczonego, na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
- Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia** – pisemna deklaracja składana przez Kredytobiorcę wyrażającego wolę przystąpienia do Ubezpieczenia.
- Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego** – w przypadku śmierci Ubezpieczonego jest to dzień śmierci; w przypadku Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego jest to dzień rozpoczęcia niezdolności do pracy; w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku jest to pierwszy dzień pobytu w szpitalu; w przypadku Trwałej niezdolności do pracy jest to dzień Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby, powodujących Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
- 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.
- Kredyt** – kredyt będący przedmiotem Umowy o kredyt, przeznaczony na zakup samochodu.
- Kredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła z Ubezpieczającym Umowę o kredyt lub wspólnik spółki osobowej wskazany przez spółkę będącą stroną Umowy albo osoba fizyczna wskazana przez osobę prawną będącą stroną Umowy o kredyt z Bankiem.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia i spowodowało u Ubezpieczonego Uszkodzenie ciała.
- Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym u Ubezpieczonego stanem chorobowym, które miało miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, niezależne od woli Ubezpieczonego podróżującego w charakterze kierowcy

lub pasażera Pojazdem lub Środkiem transportu publicznego będącym w ruchu, rezultatem którego jest uszkodzenie ciała Ubezpieczonego. Pod pojęciem NW komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez pojazd lub środek transportu publicznego będący w ruchu.

11. **Operator** – agent ubezpieczeniowy działający w imieniu i na rzecz Towarzystwa: Marsh Services sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa.
12. **Pojazd** – urządzenie mechaniczne przeznaczone do transportu lądowego, mające silnik, oraz rowery i wszelkie inne urządzenia do transportu wodnego i lotniczego.
13. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia kierowane do Towarzystwa, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo lub jego działalność.
14. **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.



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

15. **Środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób,
16. **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. MetLife TUnŻIR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
17. **Trwała 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. 1 OWU.
18. **Ubezpieczający / Bank** – RCI Banque SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, 02-674, ul. Marynarska 13.
19. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy ubezpieczenia.
20. **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, który podpisał Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia i został objęty ochroną ubezpieczeniową zgodnie z postanowieniami OWU oraz Umowy ubezpieczenia.
21. **Umowa o kredyt** – umowa o kredyt zawarta z Bankiem.
22. **Umowa ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie nr 9928 zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem.
23. **Uposażony** – osoba lub podmiot wskazany przez Ubezpieczonego, uprawniony do otrzymania świadczeń z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
24. **Uszkodzenie ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego, będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku (w tym także Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego).
25. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach OWU, określone w art. 4 ust 1.

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 jest uzależniony od wieku Ubezpieczonego, rodzaju Kredytu udzielonego Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego oraz wariantu wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, zgodnie z poniższym:

- 1) w przypadku Kredytów promocyjnych z 1 ratą (na 12 miesięcy, z obowiązkiem spłaty całej kwoty zadłużenia w jednej racie), Kredytów promocyjnych z 2 ratami (na 24 miesiące, z obowiązkiem spłaty całej kwoty zadłużenia w dwóch ratach) lub Kredytów promocyjnych z 3 ratami (na 24 miesiące, z obowiązkiem spłaty całej kwoty zadłużenia w trzech ratach) zakres Ubezpieczenia obejmuje:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
- 2) w przypadku Kredytów z odroczoną ratą kapitałową zakres Ubezpieczenia obejmuje:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - c) Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego (z wyłączeniem ostatniej raty kredytu z odroczoną ratą kapitałową) dla osób, które w Dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 65. roku życia oraz są Aktywne zawodowo, a dla osób, które w Dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie są Aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia – Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- 3) w przypadku Kredytów z obowiązkiem spłaty kwoty zadłużenia w ratach miesięcznych (z wyłączeniem Kredytów z odroczoną ratą kapitałową) zakres Ubezpieczenia obejmuje:
 - a) w ramach wariantu ubezpieczenia rozszerzonego dla kredytu standardowego:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego,
 - Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego (z wyłączeniem ostatniej raty kredytu z odroczoną ratą kapitałową) dla osób, które w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 65. roku życia oraz są Aktywne zawodowo, a dla osób, które w Dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie są Aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia – Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) w ramach wariantu ubezpieczenia podstawowego dla kredytu standardowego:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego (z wyłączeniem ostatniej raty kredytu z odroczoną ratą kapitałową) dla osób, które w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 65. roku życia oraz są Aktywne zawodowo, a dla osób, które w Dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie są Aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia – Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,przy czym:
 - dla osób, które w Dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, niezależnie od wybranego Zakresu ubezpieczenia określonego w punktach 1), 2), 3a) lub 3b) powyżej, mają ukończony 65. rok życia lub nie są Aktywne zawodowo, Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego jest ograniczona do inwalidztwa polegającego na utracie:
 - wzroku w obu oczach na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub
 - dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego



PRZYKŁAD: Klient przystąpił do Ubezpieczenia, mając 38 lat, a 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.

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie okresu Ubezpieczenia, świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 1 niniejszych OWU, jest wypłacane Uposażonemu niezależnie od przyczyny zdarzenia.

3. Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego objętego ochroną w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3a), na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, poza świadczeniem, o którym mowa w ust. 2 powyżej, Uposażonemu wypłacane jest dodatkowo świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 3 niniejszych OWU.

4. Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego

- 1) W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust 2. niniejszych OWU, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- 2) Od dnia rozpoczęcia niezdolności do pracy do uznania jej za trwałą musi upłynąć przynajmniej:
 - a) 12 kolejnych miesięcy w przypadku Ubezpieczonych, którym udzielony został Kredyt z obowiązkiem spłaty zadłużenia w ratach miesięcznych, oraz w przypadku Ubezpieczonych, którym został udzielony Kredyt na 24 miesiące z obowiązkiem spłaty całego zadłużenia w dwóch ratach, jak również w przypadku Ubezpieczonych, którym został udzielony Kredyt na 24 miesiące z obowiązkiem spłaty całego zadłużenia w trzech ratach,
 - b) 6 kolejnych miesięcy w przypadku Ubezpieczonych, którym został udzielony Kredyt na 12 miesięcy z obowiązkiem spłaty całej kwoty zadłużenia w jednej racie.
- 3) Stan Trwałej niezdolności do pracy może zostać orzeczony przez Towarzystwo niezwłocznie, bez konieczności upływu okresu, o którym mowa w pkt 2), w przypadku:
 - a) całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku w obu oczach albo utraty dwóch lub więcej kończyn (na wysokości lub powyżej nadgarstka lub kostki),
 - b) powstania niezdolności do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile, zgodnie z opinią lekarza orzecznika Towarzystwa, wydaną na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, nie ma pozytywnych rokowań do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy.

5. Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego

dla osób, które w Dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 65. roku życia oraz są Aktywne zawodowo, oraz

Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku

dla osób, które w Dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie są Aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia:

- 1) Z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu wypłacane jest miesięczne świadczenie w wysokości raty kapitałowo-odsetkowej przypadającej do spłaty w okresie, za jaki należne jest miesięczne świadczenie, zgodnie z pkt 2) poniżej, według obowiązującego harmonogramu spłat, z zastrzeżeniem, że w przypadku Kredytów z odroczoną ratą kapitałową świadczenie nie obejmuje kapitału zawartego w ostatniej racie Kredytu. Miesięczne świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że data spłaty raty kapitałowo-odsetkowej z tytułu Umowy o kredyt ustalona w harmonogramie spłat Kredytu objęta jest okresem odpowiedzialności Towarzystwa.
- 2) Świadczenie z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach jednego Ubezpieczenia jest naliczane za każde 30 kolejnych dni Czasowej niezdolności do pracy lub Hospitalizacji z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od 61. dnia Czasowej niezdolności do pracy lub Hospitalizacji. Maksymalna liczba świadczeń nie może przekroczyć 10 z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz 15 z tytułu więcej niż jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku gdy kolejne Zdarzenie ubezpieczeniowe ma miejsce w czasie krótszym niż 60 dni od daty zakończenia poprzedniego, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia kolejnej Czasowej niezdolności do pracy lub Hospitalizacji, a Zdarzenie ubezpieczeniowe jest traktowane jako kontynuacja poprzedniego. W takim przypadku maksymalna liczba świadczeń wynosi 10, jak w przypadku roszczenia z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 3) Maksymalna wysokość świadczenia, o którym mowa w punkcie 1), wynosi 2.500 zł dla jednego Ubezpieczonego.



PRZYKŁAD: Ubezpieczony przez 7 miesięcy ma orzeczoną Czasową niezdolność do pracy. Jego rata kredytowa wynosi 3.000 zł. Ubezpieczony otrzyma 5 miesięcznych świadczeń, każde w wysokości 2.500 zł, tak więc za cały okres Czasowej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci kwotę 12.500 zł.

- 4) Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest nie dłużej niż do wystąpienia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) zakończenia udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy,
 - b) śmierci Ubezpieczonego,
 - c) uznania Ubezpieczonego za trwale niezdolnego do pracy, zgodnie z definicją Trwałej niezdolności do pracy, określoną niniejszymi warunkami,
 - d) uzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do powrotu do wykonywania swojej dotychczasowej pracy,
 - e) uzyskania prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych,
 - f) wygaśnięcia Umowy o kredyt lub zakończenia okresu wypowiedzenia Umowy o kredyt.
- 5) Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest nie dłużej niż do wystąpienia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) zakończenia Hospitalizacji,
 - b) śmierci Ubezpieczonego,
 - c) uznania Ubezpieczonego za trwale niezdolnego do pracy, zgodnie z definicją Trwałej niezdolności do pracy, określoną w niniejszych OWU,
 - d) ukończenia przez Ubezpieczonego 78. roku życia,
 - e) uzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do powrotu do wykonywania swojej dotychczasowej pracy,
 - f) wygaśnięcia Umowy o kredyt lub zakończenia okresu wypowiedzenia Umowy o kredyt.
- 6) W przypadku gdy zgodnie z Umową o kredyt płatność rat jest odroczone do końca okresu karencji, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Czasowej niezdolności do pracy oraz Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozpocznie się w późniejszej z następujących dat:
 - a) w 61. dniu Czasowej niezdolności do pracy lub Hospitalizacji,
 - b) w dniu, w którym przypada płatność pierwszej raty po okresie karencji.
6. Wszelkie odsetki uwzględniane przy obliczaniu świadczenia równe są odsetkom naliczonym przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową o kredyt, z zastrzeżeniem, że nie mogą przekraczać kwoty obliczonej dla rzeczywistej rocznej stopy procentowej wynoszącej 22%.

Artykuł 5. Udzielenie i czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

1. Ubezpieczonymi mogą być wyłącznie osoby fizyczne korzystające z Kredytu udzielanego przez Bank, które w dniu podpisania Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia skończyły 18 lat i nie ukończyły 70 lat. W przypadku stwierdzenia w terminie trzech lat od dnia podpisania Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, że Kredytobiorca podał świadomie nieprawdziwe informacje lub przystąpił do Ubezpieczenia mimo niespełnienia przez niego wymogów określonych w poprzednim zdaniu, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu opłaconą za danego Ubezpieczonego składkę w pełnej wysokości.
2. W przypadku gdy w Umowie o kredyt występuje dwóch lub więcej Kredytobiorców, Ubezpieczonym może być tylko ten, który został wskazany w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
3. Datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu jest dzień po dniu zawarcia Umowy o kredyt z Ubezpieczającym i złożeniu Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, obejmującej także akceptację Sumy ubezpieczenia.
4. Dowodem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia podpisana przez Ubezpieczonego.
5. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej jest równy okresowi spłaty Kredytu, zgodnie z obowiązującym harmonogramem spłat. W przypadku przedłużenia pierwotnie ustalonego okresu Umowy o kredyt ochrona ubezpieczeniowa ważna jest do dnia wygaśnięcia Umowy o kredyt, pod warunkiem, że w dniu, w którym Ubezpieczony zwrócił się z wnioskiem do Ubezpieczającego o przedłużenie okresu Umowy o kredyt, nie podlegał Hospitalizacji ani nie znajdował się w stanie Czasowej lub Trwałej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku gdy na mocy aneksu do Umowy o kredyt podpisanego przez Kredytobiorcę kapitał zawarty w ostatniej racie Kredytu z odroczoną ratą kapitałową zostanie rozłożony na raty, Kredytobiorca może zostać objęty Ubezpieczeniem w dodatkowym okresie kredytowania z zachowaniem wszystkich warunków stosowanych dla nowych Kredytobiorców, pod warunkiem złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
7. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu wygasa automatycznie w najwcześniejszym z następujących terminów:
 - 1) z końcem okresu, za jaki została opłacona składka, z zastrzeżeniem ust. 5 powyżej,
 - 2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) w dniu stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 4) z końcem miesięcznego okresu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, za który przypada rata Kredytu, w którym Umowa o kredyt wygasła lub została rozwiązana,
 - 5) w dniu odstąpienia od Umowy o kredyt,
 - 6) w dniu, w którym Ubezpieczony odstąpi od Ubezpieczenia zgodnie z art. 12 OWU,
 - 7) z końcem miesięcznego okresu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, za który przypada rata Kredytu, w którym Ubezpieczony złoży rezygnację z Ubezpieczenia zgodnie z art. 12 OWU,
 - 8) po 96 miesiącach od rozpoczęcia się ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 6. Składka

1. Składki opłacane są przez Ubezpieczającego w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres kredytowania za każdego Ubezpieczonego, którego Kredyt został uruchomiony przez Ubezpieczającego.
2. Składka za ubezpieczenie ustalana jest 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.
3. Ubezpieczony wnosi opłatę za ubezpieczenie „RCI Bezpieczny Kredyt”.
4. Opłata za ubezpieczenie „RCI Bezpieczny Kredyt” jest kredytowana przez Ubezpieczającego.

Artykuł 7. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest równa saldu zadłużenia Ubezpieczonego, obejmującego wartość niespłaconego kapitału Kredytu wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, obliczonego na dzień śmierci Ubezpieczonego, jednak nie więcej niż:
 - a) 150.000 (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych w przypadku, gdy Kredytobiorca zawarł tylko Umowę (lub Umowy) o kredyt dotyczącą Kredytu na 12 miesięcy, spłaconego w jednej racie,
 - b) 300.000 (słownie: trzysta tysięcy) złotych w pozostałych przypadkach.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego jest równa saldu zadłużenia Ubezpieczonego, obejmującego wartość niespłaconego kapitału Kredytu wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, obliczonego na dzień uznania niezdolności do pracy za trwałą, jednak nie więcej niż:
 - a) 150.000 (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych w przypadku, gdy Kredytobiorca zawarł tylko Umowę (lub Umowy) o kredyt dotyczącą Kredytu na 12 miesięcy, spłaconego w jednej racie,
 - b) 300.000 (słownie: trzysta tysięcy) złotych w pozostałych przypadkach.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest równa kwocie Kredytu, jaka została przeznaczona na sfinansowanie pojazdu zgodnie z Umową o kredyt, jednak nie więcej niż 300.000 (słownie: trzysta tysięcy) złotych.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy oraz Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku jest to łączna wartość miesięcznych rat kapitałowo-odsetkowych Kredytu przypadających do spłaty w okresie Czasowej niezdolności do pracy lub Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku, obliczana zgodnie z harmonogramem spłat obowiązującym w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy lub Hospitalizacji, z uwzględnieniem zasad określonych w art. 5 ust. 6 OWU.

Artykuł 8. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego

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

1) Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego osoba zgłaszająca roszczenie kontaktuje się z Operatorem w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia. Operator na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie przesyła pocztą na wskazany adres dokumenty niezbędne do zgłoszenia roszczenia, tj. wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych / dostawców usług telekomunikacyjnych, który po uzupełnieniu wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości Uposażonego,
- kopią/odpisem skróconym aktu zgonu Ubezpieczonego,
- kopią statystycznej karty zgonu lub jakimkolwiek dokumentem medycznym potwierdzającym przyczynę zgonu,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwą i adresem placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy

Operator po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.

2) Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia Operator przekazuje Ubezpieczonemu formularz: wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych / dostawców usług telekomunikacyjnych, który po wypełnieniu wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i Trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
- kopią dowodu Aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego (zaświadczenie o zatrudnieniu podpisane przez osobę uprawnioną z zakładu pracy lub aktualny w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego wypis z rejestru przedsiębiorców), które spowodowało Trwałą niezdolność do pracy, o ile Ubezpieczony w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego był Aktywny zawodowo,
- kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwą i adresem placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy

Operator po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.

3) Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia Operator przekazuje Ubezpieczonemu formularz: wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych / dostawców usług telekomunikacyjnych, który po wypełnieniu powinien zostać niezwłocznie odesłany do Operatora wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- dokumentacją medyczną potwierdzającą przyczynę Czasowej niezdolności do pracy,
- kopią wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydrukiem formularza e-ZLA (potwierdzonego pieczęcią lekarza wystawiającego dokument) lub kopią orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającego Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
- kopią dowodu Aktywności zawodowej Ubezpieczonego (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub kopia umowy cywilnoprawnej, lub potwierdzenie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub nazwą i adresem placówki prowadzącej sprawę,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

Operator po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.

4) Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku

W przypadku zgłoszenia roszczenia Operator przekazuje Ubezpieczonemu formularz: wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych / dostawców usług telekomunikacyjnych, który po wypełnieniu powinien zostać niezwłocznie odesłany do Operatora wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- kopią dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisów i wyników badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia,
- kartą leczenia szpitalnego lub innym dokumentem potwierdzającym Hospitalizację Ubezpieczonego,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub nazwą i adresem placówki prowadzącej sprawę,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

Operator po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu wraz z kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.



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

za pośrednictwem Operatora:

- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Marsh Services sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa
- **osobiście** – w siedzibie Operatora lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Operatora na terenie całego kraju

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 TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa)
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnZiR S.A., przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie.

2. Dodatkowe informacje

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie powinna przedstawić dokumentację medyczną lub inną dotyczącą tego Zdarzenia ubezpieczeniowego lub jego okoliczności, przetłumaczoną przez tłumacza przysięgłego na język polski, pod warunkiem że Towarzystwo wystąpi do osoby zgłaszającej roszczenie o takie tłumaczenie, w sytuacji gdy takie dokumenty są dla Towarzystwa niezbędne do oceny zasadności roszczenia lub wysokości należnego świadczenia.
- 2) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu lub innych organów ścigania, a także do placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkowe informacje celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

3. Wypłata świadczenia

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

Artykuł 9. Badanie lekarskie

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



WYJAŚNIENIE: Towarzystwo kieruje Ubezpieczonego na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona 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 fizyczna lub prawna. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatкови od spadków i darowizn.

1. Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez doręczenie do Towarzystwa pisemnego oświadczenia.
2. W celu wskazania lub zmiany Uposażonego należy podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - b) PESEL Ubezpieczonego,
 - c) nr Umowy ubezpieczenia,
 - d) imię i nazwisko Uposażonego (lub w przypadku gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: nazwa podmiotu),
 - e) data urodzenia Uposażonego (jeśli jest osobą fizyczną),
 - f) adres do korespondencji Uposażonego (lub w przypadku gdy Uposażony nie jest osobą fizyczną: siedziba i adres podmiotu),
 - g) PESEL Uposażonego (lub w przypadku gdy Uposażony jest osobą prawną: NIP),
 - h) udział procentowy Uposażonego w części świadczenia.Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego.
3. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie Uposażonego świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 6.
4. Zmiana Uposażonego następuje pod warunkiem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
5. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
6. W przypadku braku Uposażonych uprawnionych do świadczenia świadczenie otrzyma małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego w częściach równych. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone pozostałym spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą oni po Ubezpieczonym.

Artykuł 11. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa



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

1. Niniejsze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci, Trwałej niezdolności do pracy, Czasowej niezdolności do pracy ani Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku powstałych na skutek:
 - 1) chorób, które były zdiagnozowane lub leczone w ciągu 24 miesięcy poprzedzających datę wejścia w życie ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, w okresie pierwszych dwóch lat od dnia przystąpienia do Umowy ubezpieczenia,
 - 3) samookaleczenia popełnionego przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności,
 - 4) wojny domowej, wojny, inwazji lub działań zbrojnych, działań nieprzyjaciela, działań wojennych, przewrotu, buntu, rozruchów, strajku, zamieszek, rebelii, rewolucji, powstania, aktów terroryzmu,
 - 5) skażenia radioaktywnego,
 - 6) służby wojskowej odbywanej przez Ubezpieczonego w siłach zbrojnych lub siłach bezpieczeństwa dowolnego kraju,
 - 7) napaści lub usiłowania napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia innego dowolnego przestępstwa stwierdzonych prawomocnym wyrokiem sądowym,
 - 8) świadomego udziału Ubezpieczonego w dowolnym działaniu przestępczym,
 - 9) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było bezpośrednią przyczyną danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. Ponadto świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku powstała na skutek:
 - a) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10),
 - b) niesprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych żadnymi dodatkowymi badaniami.
3. Ubezpieczenie nie obejmuje również Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek:
 - 1) Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed rozpoczęciem ochrony udzielanej na podstawie Umowy ubezpieczenia,
 - 2) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10),
 - 3) niesprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych żadnymi dodatkowymi badaniami.

Artykuł 12. Odstąpienie lub rezygnacja z Ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo do odstąpienia od Ubezpieczenia w terminie 30 dni liczonych od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Ubezpieczenia. Oświadczenie o odstąpieniu może być złożone Towarzystwu za pośrednictwem Operatora, w takim przypadku oświadczenie o odstąpieniu jest skuteczne z dniem otrzymania oświadczenia przez Operatora.
2. Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z Ubezpieczenia w każdym czasie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o rezygnacji. Oświadczenie o rezygnacji może być złożone Towarzystwu za pośrednictwem Operatora, w takim przypadku oświadczenie o rezygnacji jest skuteczne z dniem otrzymania oświadczenia przez Operatora.
3. W przypadku odstąpienia Ubezpieczonego od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia przystąpienia do Ubezpieczenia Towarzystwo zwróci całość składki za danego Ubezpieczonego.
4. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed końcem okresu ubezpieczenia, za który została opłacona składka, w szczególności na skutek spłaty całości Kredytu w terminie wcześniejszym niż przewidziany w harmonogramie spłaty obowiązującym w dniu podpisania Umowy o kredyt, Towarzystwo, działając z upoważnienia Ubezpieczającego, dokonuje zwrotu składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielonej Ubezpieczonemu. Kwota do zwrotu wyliczana jest proporcjonalnie za pełne miesiące okresu ubezpieczenia przypadające po dacie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, za który została opłacona składka.
5. W przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z Ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy o kredyt Towarzystwo dokonuje zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu. Kwota do zwrotu wyliczana jest proporcjonalnie za pełne miesiące okresu ubezpieczenia przypadające po dacie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, za który została opłacona składka.
6. Zwrot składki, o której mowa w ust. 3, 4 i 5 powyżej, będzie rozliczany w terminie najbliższej płatności składki, nie później jednak niż 45 dni od daty otrzymania zgłoszenia od Ubezpieczającego.
7. W celu zwrotu składki Ubezpieczony powinien skontaktować się z Operatorem – tel.: +48 22 376 62 42.

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - a) pisemnie na adres siedziby Towarzystwa: MetLife TUUnŻiR 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.
2. Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.



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

4. O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Towarzystwo w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.
5. „Polityka rozpatrywania Reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.
6. Osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia może zwrócić się w sprawie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
7. 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. Prawo właściwe, właściwość sądów i dodatkowe informacje dotyczące Towarzystwa

1. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, 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 Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane jest na stronie internetowej Towarzystwa.

Artykuł 15. Podatki

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek obciążają Ubezpieczającego 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 dniu 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 (t.j. Dz.U. z 2016 poz. 2032 z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz.U. z 2016 poz. 1888 z późn. zm.).

Artykuł 16. Doręczenia

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczonego lub Uposażonego, związane z Umową ubezpieczenia, powinny być przekazane do Operatora lub bezpośrednio do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony i wskazane w 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 wskazanej w Umowie ubezpieczenia.

Artykuł 17. Aktualizacja informacji



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

Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Towarzystwa, bezpośrednio lub za pośrednictwem Operatora, o zmianach:

- a) danych kontaktowych (np. adresu korespondencyjnego, numeru telefonu) oraz
- b) danych identyfikacyjnych (np. nazwiska, numeru PESEL).

Informacje o zmianach powinny być przekazane pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Do pisemnego oświadczenia należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego.

Artykuł 18. Pełnomocnictwa

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

Warszawa, 1 sierpnia 2018

Mirosław Kisyk
Prezes Zarządu Towarzystwa