

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

CreditShield Standard (OWU)



MetLife®

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 9
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 5), 6), 10), 14) – 17) art. 12

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

POMOC

Szanowni Państwo, w ramach umieszczonych w treści OWU pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najważniejszych zagadnień. Mamy nadzieję, że SNOOPY – ambasador marki MetLife przybliży i objaśni Państwu trudne sformułowania użyte w OWU.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

WAŻNE

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



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.



PRZYKŁADY

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



ARTYKUŁ 1. WSTĘP

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

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

- W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Umowie ubezpieczenia oraz innych dokumentach związanych z zawarciem lub wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenia:
 - Agent** – Bank Handlowy w Warszawie S.A. z siedzibą w Warszawie, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Towarzystwa.
 - Aktywność zawodowa** – świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej. Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby czasowo nieświadczące pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy lub przebywające na urloпах macierzyńskich, dodatkowych urloпах macierzyńskich, urloпах rodzicielskich, urloпах ojcowskich, urloпах na prawach urloпу macierzyńskiego lub płatnych urloпах wypoczynkowych.
 - 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, powstała na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku osób, które w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy nie przejawiają Aktywności zawodowej, za Czasową niezdolność do pracy uznaje się Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
 - Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych, pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu w celach rehabilitacyjnych ani pobyt w Szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym bez względu na przyczynę.
 - 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.
 - Karta kredytowa** – Karta główna wydawana przez Bank na podstawie Umowy o Kartę Kredytową Citibank.
 - Polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
 - Poważna choroba** – jedna spośród Chorób wymienionych poniżej:
Zawał mięśnia sercowego: martwica części mięśnia sercowego powstała w wyniku jego niedokrwienia, skutkująca wystąpieniem wszystkich poniższych objawów ostrego zawału mięśnia sercowego:
 - typowych objawów klinicznych (na przykład charakterystycznego bólu wieńcowego),
 - świeżych, typowych dla zawału zmian w EKG,

- c) podwyższenie poziomu specyficznych enzymów sercowych, troponin:
 – Troponiny T > 1,0 ng/ml,
 – Troponiny I (Tnl, AccuTnl) > 0,5 ng/ml.

Nie są objęte ochroną ostre zespoły wieńcowe, dusznica bolesna.

Nowotwór złośliwy: Potwierdzony badaniem histologicznym guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem złośliwych komórek oraz naciekaniem tkanki. Pojęcie nowotworu złośliwego obejmuje również białaczkę, mięsaka oraz chłoniaka z wyłączeniem chłoniaka skórniego (chłoniaka ograniczonego do skóry).

Nie są objęte ochroną następujące stany potwierdzone histologicznie:

- stany przedrakowe,
 - nowotwory nieinwazyjne,
 - nowotwory „in situ”,
 - nowotwory o granicznej złośliwości,
 - nowotwory o niskiej złośliwości,
 - rak prostaty w stadium niższym niż T2N0M0 lub poniżej 6 w skali Gleasona,
 - wszelkie raki skóry (w tym chłoniak skórny) oprócz czerniaka złośliwego w stadium wyższym niż IA (T1a N0 M0).
- Udar mózgu:** udar skutkujący trwałymi ubytkami neurologicznymi. Martwica tkanki mózgowej powstała w wyniku niedokrwienia lub krwawienia śródczaszkowego skutkująca trwałym deficytem neurologicznym z utrwalonymi objawami neurologicznymi.
- Ochroną nie są objęte przemijające epizody niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA) i skutki urazów tkanki mózgowej i naczyń krwionośnych.
- Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, kierowane do Towarzystwa lub Agenta, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo lub jego działalność.
 - Saldo zadłużenia** – wartość będąca sumą wykorzystanego przez Ubezpieczającego Limitu kredytu, a także opłat, prowizji, kwoty zadłużenia w ramach Planu Spłat Ratalnych „Komfort” oraz odsetek należnych Bankowi na podstawie postanowień Umowy o Kartę Kredytową Citibank i „Regulaminu Kart Kredytowych Citibank Banku Handlowego w Warszawie”, nie więcej jednak niż 200.000 (słownie: dwieście tysięcy) złotych.
 - Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu obliczona zgodnie z art. 7.
 - Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy** – 12-krotność miesięcznego świadczenia równego większej z wartości:
 – 10% Salda zadłużenia wyliczonego na podstawie wyciągu z rachunku Karty kredytowej, generowanego bezpośrednio przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 – minimalna kwota do zapłaty wskazana w wyciągu z rachunku Karty kredytowej, generowanym bezpośrednio przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 nie więcej jednak niż 400.000 (słownie: czterysta tysięcy) złotych.
 - Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego** – 12-krotność miesięcznego świadczenia równego większej z wartości:
 – 10% Salda zadłużenia wyliczonego na podstawie wyciągu z rachunku Karty kredytowej, generowanego bezpośrednio przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 – minimalna kwota do zapłaty wskazana w wyciągu z rachunku Karty kredytowej, wygenerowanym bezpośrednio przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 nie więcej jednak niż 400.000 (słownie: czterysta tysięcy) złotych.
 - Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego** – kwota równa sumie:
 – Salda zadłużenia na rachunku Karty kredytowej w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz
 – dwukrotności średniej arytmetycznej Salda zadłużenia wyliczonego na podstawie trzech kolejnych wyciągów z rachunku Karty kredytowej, generowanych bezpośrednio przed datą Zdarzenia ubezpieczeniowego (w przypadku, gdy między datą zawarcia Umowy o Kartę Kredytową Citibank, a datą Zdarzenia ubezpieczeniowego nie było generowanych 3 wyciągów z rachunku Karty kredytowej, średnią oblicza się na podstawie wszystkich wyciągów wygenerowanych z rachunku Karty kredytowej od dnia zawarcia Umowy o Kartę Kredytową Citibank),
 nie więcej jednak niż 400.000 (słownie: czterysta tysięcy) złotych.
 - Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego** – kwota równa sumie:
 – Salda zadłużenia wyliczonego na podstawie wyciągu z rachunku Karty kredytowej, generowanego bezpośrednio przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz
 – dwukrotności średniej arytmetycznej Salda zadłużenia wyliczonego na podstawie trzech kolejnych wyciągów z rachunku Karty kredytowej, generowanych bezpośrednio przed datą Zdarzenia ubezpieczeniowego (w przypadku, gdy między datą zawarcia Umowy o Kartę Kredytową Citibank, a datą Zdarzenia ubezpieczeniowego nie było generowanych 3 wyciągów z rachunku Karty kredytowej, średnią oblicza się na podstawie wszystkich wygenerowanych wyciągów od dnia zawarcia Umowy o Kartę Kredytową Citibank),
 nie więcej jednak niż 400.000 (słownie: czterysta tysięcy) złotych.
 - Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w wysokości i na zasadach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
 - Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj. wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

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.



- Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, 00-450, ul. Przemysłowa 26, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, działający na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUŹIR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
 - Ubezpieczający** – klient, który zawarł z Towarzystwem Umowę ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty Składki.
 - Ubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
 - Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia CreditShield Standard, 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.
 - Umowa o Kartę Kredytową Citibank** – Umowa o Kartę Kredytową Citibank zawarta pomiędzy klientem Banku a Bankiem, której dotyczy Umowa ubezpieczenia. W ramach jednej Umowy o Kartę Kredytową Citibank może być zawarta tylko jedna Umowa ubezpieczenia.
 - Uposażony** – osoba, której wypłacane jest świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest osoba wskazana przez Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony 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.
 - Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie będące podstawą do złożenia roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego, o ile zaistniało w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
2. Terminy pisane wielką literą, o ile nie zdefiniowano ich inaczej w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, mają znaczenia nadane im w Regulaminie Kart Kredytowych Citibank Banku Handlowego w Warszawie S.A.

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

- Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:**
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego, 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,
 - Poważną chorobę Ubezpieczonego.

2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Uposażonemu Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

3. Świadczenie z tytułu: Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego dla osób, które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności są Aktywne zawodowo albo Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku dla osób, które w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji nie są Aktywne zawodowo.

- 1) W przypadku wystąpienia Czasowej niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia tej niezdolności jest Aktywny zawodowo 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 potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy w wysokości 1/30 miesięcznego świadczenia, o którym mowa w art. 2 ust 1 pkt 14), przy czym świadczenia są wypłacane w cyklach miesięcznych.
- 2) Maksymalna liczba dni, za które należne jest świadczenie z tytułu jednego zdarzenia, nie może przekroczyć 360, a całkowita kwota świadczeń Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy.
- 3) W przypadku, gdy powtórna Czasowa niezdolność do pracy ma miejsce w czasie krótszym niż 12 miesięcy od daty zakończenia poprzedniej, 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) Prawo do świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się:
 - a) z upływem 360-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu jednej Czasowej niezdolności do pracy,
 - b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy,
 - c) z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - d) z dniem, kiedy Ubezpieczony uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
 - e) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z art. 6.
- 5) W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji nie jest Aktywny zawodowo, pierwsze miesięczne świadczenie, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 15), płatne jest za pierwszych 7 następujących po sobie dni Hospitalizacji.
- 6) Kolejne świadczenie naliczane jest za każdy dzień Hospitalizacji, począwszy od 8 dnia w wysokości 1/30 miesięcznego świadczenia, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 14), przy czym świadczenia są wypłacane w cyklach miesięcznych.
- 7) Maksymalna liczba dni, za które należne jest Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu jednego zdarzenia, nie może przekroczyć 360 dni.
- 8) Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w czasie trwania Ubezpieczenia oraz
 - b) Hospitalizacja Ubezpieczonego miała miejsce w trakcie trwania Ubezpieczenia oraz
 - c) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji przez okres co najmniej 7 następujących po sobie dni.
- 9) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tą samą Chorobą lub tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem będą uznawane za tę samą Hospitalizację, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 360 dni.
- 10) W przypadku, gdy powtórna Hospitalizacja ma miejsce w czasie krótszym niż 12 miesięcy od daty zakończenia poprzedniej, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia powtórnej Hospitalizacji pod warunkiem, że trwa ona przez co najmniej 30 następujących po sobie dni i jest ona traktowana jako kontynuacja poprzedniej Hospitalizacji.
- 11) Prawo do świadczenia z tytułu Hospitalizacji na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku kończy się:
 - a) z upływem 360-dniowego okresu, za który jest należne świadczenie z tytułu jednej Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) z upływem ostatniego dnia Hospitalizacji na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - d) z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z art. 6.

4. Świadczenie z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego.

- 1) W przypadku zachorowania Ubezpieczonego na jedną z Poważnych chorób należne świadczenie równe Sumie ubezpieczenia z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego na dzień diagnozy Choroby jest wypłacane Ubezpieczonemu.
- 2) W przypadku zajścia zdarzenia Towarzystwo wypłaci świadczenie pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez kolejno następujące po sobie 30 dni od daty rozpoznania Poważnej choroby.

ARTYKUŁ 5. ZAWARCIE UMOWY, POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) w dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 roku życia,
 - 2) zawarła umowę o Kartę Kredytową Citibank,
 - 3) złożyła za pośrednictwem Agenta pisemnie, drogą telefoniczną lub drogą elektroniczną oświadczenie woli dotyczące zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 4) wyraziła zgodę na obciążanie rachunku Karty kredytowej wartością miesięcznej Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia, na podstawie oświadczenia woli przekazanego Bankowi w jednej z form określonych w ust. 1 pkt 3) powyżej.
2. Klient, który spełnia wymogi określone w ust. 1, może zostać objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia i opłacenia Składki zgodnie z art. 7.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia rozpoczęcia ochrony zgodnie z art. 6, pod warunkiem opłacenia Składki zgodnie z art. 7.
4. W przypadku nieopłacenia Składki ochrona ubezpieczeniowa nie będzie obowiązywać. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w dniu akceptacji wniosku o ubezpieczenie przez Towarzystwo lub Agenta w imieniu Towarzystwa. Zawarcie Umowy ubezpieczenia jest potwierdzane Poliséj przekazywaną Ubezpieczającemu.
5. Jeżeli treść Polisy zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
6. W przypadku określonym w ust. 5 powyżej, jeżeli Ubezpieczony w terminie 7 dni od doręczenia Polisy nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa ubezpieczenia o treści określonej w Polisie zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
7. Zawarcie Umowy ubezpieczenia z Ubezpieczonym, który oświadczył, że jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (dalej PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd Towarzystwa.

ARTYKUŁ 6. OKRESY TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 poniżej, okresy ochrony ubezpieczeniowej trwają od dnia następującego po dniu wygenerowania wyciągu z rachunku Karty kredytowej do dnia wygenerowania kolejnego wyciągu z rachunku Karty kredytowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w przypadku Ubezpieczającego zawierającego Umowę ubezpieczenia w momencie wnioskowania o Kartę kredytową rozpoczyna się w dniu dokonania przez Ubezpieczającego pierwszej Transakcji Kartą kredytową, a pierwszy okres ochrony kończy się w dniu wygenerowania wyciągu z rachunku Karty kredytowej, w którym naliczona została pierwsza Składka.
3. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia woli zawarcia Umowy ubezpieczenia po zawarciu Umowy o Kartę kredytową Citibank, ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się drugiego dnia roboczego następującego po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, a pierwszy okres ochrony kończy się w dniu w którym naliczona została pierwsza Składka.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się pod warunkiem zapłaty Składki poprzez obciążenie rachunku Karty kredytowej.
5. W przypadku braku możliwości zapłaty którejkolwiek z kolejnych Składek odpowiedzialność Towarzystwa wobec Ubezpieczonego ulega zawieszeniu na okres, za który Składka nie jest opłacona (okres zawieszenia), z początkiem dnia następującego po terminie 7 dni od otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty Składki.
6. Ubezpieczony zostanie ponownie objęty ochroną ubezpieczeniową od pierwszego dnia cyklu rozliczeniowego rachunku Karty kredytowej, za który Ubezpieczony opłacił Składkę.
7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 miesięcy począwszy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia i jest przedłużana automatycznie na kolejne okresy ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 1 z zastrzeżeniem, ust. 8.
8. W przypadku wycofania z oferty Towarzystwa niniejszych OWU CreditShield Standard z dnia 1 stycznia 2016 roku, Towarzystwo ma prawo do nieprzedłużania Umowy ubezpieczenia pod warunkiem pisemnego powiadomienia Ubezpieczającego o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia co najmniej 90 dni przed planowanym zakończeniem Ubezpieczenia.
9. Umowa ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego kończy się z dniem zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:

- 1) z chwilą rozwiązania lub odstąpienia od Umowy o Kartę Kredytową Citibank,
- 2) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia,
- 3) śmierci Ubezpieczonego,
- 4) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
- 5) z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia Składka – w przypadku rozwiązania lub nieprzedłużania Umowy ubezpieczenia.

ARTYKUŁ 7. SKŁADKA

1. Wysokość Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia za okres ochrony ubezpieczeniowej oblicza się według wzoru:
 - a) Składka z tytułu śmierci Ubezpieczonego: iloczyn stawki wynoszącej **0,19%** i podstawy ustalenia wysokości Składki,
 - b) Składka z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, dla osób, które w dniu rozpoczęcia tej niezdolności są Aktywne zawodowo albo składka z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku dla osób, które w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji nie są Aktywne zawodowo: iloczyn stawki wynoszącej **0,04%** i podstawy ustalenia wysokości Składki,
 - c) Składka z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego: iloczyn stawki wynoszącej **0,13%** i podstawy ustalenia wysokości Składki.
 Łączna wysokość Składki obliczana jest jako iloczyn: stawki wynoszącej **0,36%** i podstawy ustalenia wysokości Składki.
2. Podstawę ustalenia wysokości Składki, o której mowa w ust. 1 powyżej, stanowi kwota Salda zadłużenia wyliczona na podstawie wyciągu z rachunku Karty kredytowej.
3. Składka jest opłacana przez Ubezpieczającego miesięcznie z dołu i pobierana przez Agenta poprzez obciążenie rachunku Karty kredytowej Ubezpieczającego w dniu generowania Wyciągu, a następnie jest przekazywana przez Agenta do Towarzystwa. Pobranie Składki przez Agenta (obciążenie Karty kredytowej) jest jednoznaczne z opłaceniem na rzecz Towarzystwa.
4. 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.

ARTYKUŁ 8. SUMA UBEZPIECZENIA

Wysokość Sum ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Poważnej choroby Ubezpieczonego oraz Czasowej niezdolności do Pracy lub Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby została określona w art. 2 Definicji, ust. 1 pkt 14), 15), 16) i 17).

ARTYKUŁ 9. 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.
 - 2) W przypadku Czasowej niezdolności do pracy:
 - a) kopii zwolnienia lekarskiego, orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenia wydanego przez lekarza rzeczoznawcę KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie,
 - b) dokumentacji potwierdzającej prowadzenie przez Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy działalności gospodarczej lub uzyskiwanie dochodu z tytułu stosunku pracy lub innego stosunku prawnego,
 - c) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę Czasowej niezdolności do pracy,
 - d) 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,
 - e) kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,
 - f) wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje określone w formularzu Towarzystwa,
 - g) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
 - 3) W przypadku Poważnej choroby Ubezpieczonego:
 - a) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej zachorowanie na Poważną chorobę,
 - b) kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
 - c) wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego informacje wskazane w formularzu Towarzystwa.
 - 4) W przypadku Hospitalizacji na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego:
 - 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 w 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 Towarzystwo spełni w terminie określonym w pkt. 1) powyżej.

ARTYKUŁ 10. 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 11. WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

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 podatкови od spadków i darowizn zgodnie z przepisami obowiązującymi w dacie zawierania Umowy ubezpieczenia.



1. Ubezpieczony 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 Ubezpieczonego,
 - 2) nr Karty kredytowej,
 - 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 Ubezpieczonego.
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. 1 pkt 25).
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. 1 pkt 25).
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 12. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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



1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych na skutek:
 - 1) choroby zdiagnozowanej lub leczonej w ciągu 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej i będącej przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w ciągu pierwszych 12 miesięcy okresu ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) samobójstwa popełnionego w ciągu 12 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub samookaleczenia Ubezpieczonego, a także uszkodzenia ciała na jego prośbę,
 - 3) wojny, działań zbrojnych, strajku, zamieszek lub aktów terroryzmu,
 - 4) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz udziału Ubezpieczonego w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym,
 - 5) 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 z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeśli śmierć nastąpi w skutek Poważnej choroby w okresie pierwszych 6 (sześciu) kolejno następujących po sobie miesięcy, licząc od dnia zdarzenia powodującego Poważną chorobę Ubezpieczonego, za którą Ubezpieczony otrzymał Świadczenie ubezpieczeniowe w ramach ubezpieczenia CreditShield Standard.
3. Dodatkowo Świadczenie Ubezpieczeniowe z tytułu Umowy ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy lub Hospitalizacja ubezpieczonego wystąpiła wskutek:
 - 1) wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - 2) zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania lub zaburzeń nerwicowych,
 - 3) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową ubezpieczenia.

ARTYKUŁ 13. ODSTĄPIENIE LUB WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo zarówno do odstąpienia od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty naliczenia pierwszej Składki, jak również ma prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia w całym okresie jej obowiązywania.
2. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie oświadczenia złożonego Agentowi lub bezpośrednio Towarzystwu.
3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, powinno zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, numer PESEL oraz numer Karty kredytowej.
4. W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty naliczenia pierwszej Składki całość składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu za pośrednictwem Agenta w terminie 30 dni od końca miesiąca, w którym Towarzystwo otrzyma oświadczenie Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, Umowa ubezpieczenia trwa do końca danego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, za który została opłacona Składka.

ARTYKUŁ 14. REKLAMACJE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie na adres siedziby Towarzystwa: MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - 2) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - 3) telefonicznie pod numerem +48 22 523 52 64,
 - 4) osobiście w siedzibie Towarzystwa lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej Towarzystwa.
 - 5) u Agenta w formie:
 - a) pisemnej – złożonej osobiście w Oddziale Banku w godzinach pracy Oddziału, albo przesłanej na adres: Citi Handlowy, Departament Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Goleśzowska 6, 01-249 Warszawa,
 - b) ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w Oddziale Banku,
 - c) 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).
2. Każda Reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania przez Towarzystwo lub Agenta.
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 przez Towarzystwo lub Agenta. 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 lub Agenta 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.

ARTYKUŁ 15. POSTANOWIENIA KOLIZYJNE

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

ARTYKUŁ 16. NALEŻNOŚCI, OPŁATY, PODATKI

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem Składki obciążają Ubezpieczającego i są uiszczane wraz z odpowiednią Składką.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą Świadczeń ubezpieczeniowych obciążają osoby uprawnione do tych Świadczeń ubezpieczeniowych i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty Świadczenia ubezpieczeniowego przez Towarzystwo.
3. Wszelkie podatki związane z Umową ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 j.t. z późn. zm.).

ARTYKUŁ 17. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową ubezpieczenia powinny być przekazywane bezpośrednio do Towarzystwa lub za pośrednictwem Agenta pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
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.

ARTYKUŁ 18. 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 ubezpieczenia 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, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
4. Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa.
6. 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.

ARTYKUŁ 19. AKTUALIZACJA INFORMACJI

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

ARTYKUŁ 20. PEŁNOMOCNICTWA

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



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Niniejsze OWU „CreditShield Standard” wchodzi w życie dnia 1 kwietnia 2016 roku.

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

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

Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 52 64
© MetLife TUŹiR S.A., 2015 PEANUTS © 2015 Peanuts Worldwide

MetLife®

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