

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Nr 9004ST17 (OWU)

MetLife®

Informacja dotycząca ubezpieczenia w zakresie:	Postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:
1. przesłanek wypłaty świadczenia	§ 17
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 3, 6, 22 § 4 § 16

§ 1. Wstęp

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

§ 2. Definicje

Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:

- Agent** – Deutsche Bank Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu i na rzecz Towarzystwa.
- Bank** – Deutsche Bank Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
- Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, wykonywanej na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, lub do prowadzenia własnej działalności gospodarczej lub rolniczej, powstała na skutek choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku osób, które w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy ukończyły 65. rok życia, za Czasową niezdolność do pracy uznaje się wyłączenie Hospitalizację na skutek Nieszczęśliwego wypadku. Za dzień wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy uważa się pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy.
- Data rozpoczęcia Ubezpieczenia** – dzień, w którym Ubezpieczony zostaje objęty Ubezpieczeniem zgodnie z § 5.
- Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni wolnych od pracy, zgodnie z Ustawą z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (Dz.U. z 1951 r. Nr 4, poz. 28, z późn. zm.) lub ustaw późniejszych zastępujących tę Ustawę.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia osoby chorej, 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.
- Kapitał niewymagalny** – zadłużenie Kredytobiorcy/Kredytobiorców w ramach danej Umowy kredytu z tytułu kapitału kredytu lub pożyczki (z wyłączeniem odsetek od kapitału), którego data spłaty zgodnie z Umową kredytu jeszcze nie nadeszła.
- Kapitał wymagalny** – zadłużenie Kredytobiorcy/Kredytobiorców w ramach danej Umowy kredytu z tytułu kapitału kredytu lub pożyczki (z wyłączeniem odsetek od kapitału), które nie zostało spłacone w określonej w Umowie kredytu dacie spłaty.
- Kredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła umowę o kredyt lub umowę o pożyczkę, których zabezpieczeniem ma być hipoteka na nieruchomości ustanowiona na rzecz Banku (zdefiniowana niżej Umowa kredytu).
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia.

- Okres Dwuletni** – trwający 24 (dwadzieścia cztery) miesiące kalendarzowe okres Ubezpieczenia liczony od Daty rozpoczęcia Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytu oraz każdy kolejny, następujący bezpośrednio po poprzednim, 24-miesięczny okres trwania ochrony ubezpieczeniowej wobec tego Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytu, przy czym ostatni Okres Dwuletni (okres, w którym nastąpiło wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec pojedynczego Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytu) może być krótszy niż 24 (dwadzieścia cztery) miesiące kalendarzowe. Ilekroć w niniejszych OWU mowa jest o pierwszym Okresie Dwuletnim, przez pierwszy Okres Dwuletni należy rozumieć pierwszy Okres Dwuletni wobec pierwszego Ubezpieczonego/pierwszych Ubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu.
- Okres Sześćcioletni** – trwający 72 (siedemdziesiąt dwa) miesiące kalendarzowe okres Ubezpieczenia liczony od Daty rozpoczęcia Ubezpieczenia pierwszego Ubezpieczonego/pierwszych Ubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu. Na Okres Sześćcioletni składają się: pierwszy Okres Dwuletni oraz bezpośrednio po nim następujące kolejne dwa Okresy Dwuletnie.
- OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9004ST17.
- Podpis wzorcowy** – podpis Ubezpieczającego, stanowiący wzór, z jakim będą porównywane jego podpisy pod późniejszymi wnioskami i oświadczeniami. Ubezpieczający może zmienić Podpis wzorcowy w obecności Agenta po weryfikacji tożsamości.
- 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 działalności.
- Polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego.
- Rata kredytu** – kwota, do której zapłaty, w okresach miesięcznych, zobowiązany jest Kredytobiorca na podstawie zawartej Umowy kredytu (z wyłączeniem zobowiązań wynikających z niewłaściwego wykonywania Umowy kredytu przez Kredytobiorcę).
- Saldo zadłużenia** – suma Kapitału wymagalnego, Kapitału niewymagalnego, odsetek bieżących, odsetek zaległych i innych zobowiązań wynikających z Umowy kredytu.
- Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu płatna z góry za dany okres Ubezpieczenia.
- Szpital** – działające zgodnie z prawem przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych oraz wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek inna placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki lecznictwa otwartego (np.: ambulatoria, przychodnie zdrowia, tzw. kliniki jednego dnia), zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne, a także oddziały rehabilitacyjne Szpitala.

21. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
22. **Trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, powstała na skutek choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. Za dzień wystąpienia Trwałej niezdolności do pracy uważa się datę Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną Trwałej niezdolności do pracy lub pierwszy dzień całkowitej niezdolności do pracy z powodu choroby będącej przyczyną Trwałej niezdolności do pracy. Jeżeli nie ma możliwości ustalenia dnia wystąpienia Trwałej niezdolności do pracy zgodnie ze zdaniem poprzednim, natomiast ustalono okres, w którym miał miejsce Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Trwałej niezdolności do pracy lub w którym miał miejsce pierwszy dzień całkowitej niezdolności do pracy z powodu choroby będącej przyczyną Trwałej niezdolności do pracy, za dzień wystąpienia Trwałej niezdolności do pracy uważa się datę początkową tego okresu. Jeżeli nie ma możliwości ustalenia dnia wystąpienia Trwałej niezdolności do pracy zgodnie ze zdaniem poprzednim, za dzień wystąpienia Trwałej niezdolności do pracy uważa się dzień zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego.
23. **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta, zobowiązany do zapłaty Składki.
24. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
25. **Ubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.
26. **Umowa kredytu** – umowa o kredyt lub umowa o pożyczkę zawarta przez Kredytobiorcę i Bank. Jeden Kredytobiorca może być objęty Ubezpieczeniem z tytułu więcej niż jednej Umowy kredytu.
27. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa, 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.
28. **Uposażony** – osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczającego jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
29. **Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia** – wniosek składany przez Ubezpieczającego będący wyrażeniem woli zawarcia Ubezpieczenia.
30. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy Ubezpieczenia: śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, wystąpienie u Ubezpieczonego Trwałej niezdolności do pracy lub wystąpienie u Ubezpieczonego Czasowej niezdolności do pracy.
31. **Zdolność ubezpieczeniowa** – spełnienie przez Ubezpieczonego wszystkich warunków wymienionych w niniejszych OWU nr 9004ST17, aby został objęty Ubezpieczeniem.

§ 3. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia obejmuje ryzyko śmierci, ryzyko śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku, ryzyko Trwałej niezdolności do pracy oraz ryzyko Czasowej niezdolności do pracy.

§ 4. Kwalifikacja

1. Ubezpieczeniem w ramach Umowy Ubezpieczenia może zostać objęty Kredytobiorca, który spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) ukończył 18 lat, a nie ukończył 65. roku życia w momencie złożenia Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) wiek Ubezpieczonego w dniu zakończenia Umowy kredytu, zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu lub pożyczki obowiązującym w Dacie rozpoczęcia Ubezpieczenia, nie przekroczy 70. roku życia,
 - 3) złożył podpisany Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia oraz została ustalona Zdolność ubezpieczeniowa tych spośród Kredytobiorców równocześnie wnioskujących o zawarcie Umowy Ubezpieczenia w ramach danej Umowy kredytu, co do których zgodnie z § 4 ust. 5 OWU złożenie oświadczenia jest wystarczające, a ci spośród równocześnie wnioskujących Kredytobiorców, co do których zgodnie z § 4 ust. 5 OWU złożenie oświadczenia nie jest wystarczające, pozytywnie przeszli weryfikację Zdolności ubezpieczeniowej.
2. Jeżeli w ramach danej Umowy kredytu jest więcej niż jeden Kredytobiorca, to Wnioski o zawarcie Umowy Ubezpieczenia powinny być złożone równocześnie przez wszystkich zainteresowanych objęciem Ubezpieczeniem. Z zastrzeżeniem § 4 ust. 4 zdanie 2, po tym, jak pierwszy (ewentualnie pierwsze, złożone równocześnie) Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia zostanie złożony, nie będzie możliwe, w ramach danej Umowy kredytu, złożenie dalszych Wniosków o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Umowę kredytu zawiera więcej niż jeden Kredytobiorca, każdy z nich może wnioskować o zawarcie osobnej Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku, gdyby którykolwiek z Kredytobiorców równocześnie wnioskujących o zawarcie Umowy Ubezpieczenia w ramach danej Umowy kredytu, co do których zgodnie z § 4 ust. 5 OWU złożenie oświadczenia nie jest wystarczające, nie przeszedł pozytywnie weryfikacji Zdolności ubezpieczeniowej, Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy Ubezpieczenia wszystkim Kredytobiorcom równocześnie wnioskującym o zawarcie Umowy Ubezpieczenia w ramach danej Umowy kredytu. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim, Kredytobiorcy, którzy pozytywnie przeszli weryfikację zdolności ubezpieczeniowej, mogą ponownie złożyć Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia. Zdolność ubezpieczeniowa tych Kredytobiorców będzie ponownie weryfikowana w oparciu o dane z nowego Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
5. W zależności od wieku Kredytobiorcy w momencie wnioskowania o zawarcie Umowy Ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz

Trwałej niezdolności do pracy, przypadającej na danego Kredytobiorcę, objęcie ochroną ubezpieczeniową może się odbyć po spełnieniu dodatkowych warunków, zgodnie z poniższą tabelą:

Suma ubezpieczenia przypadająca na danego Ubezpieczonego z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy w momencie składania Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, obliczona zgodnie z § 12	Wiek w momencie wnioskowania o objęcie Ubezpieczeniem	
	18-60	61-65
do 500 000 zł	Ośw.	Ośw.
500 001 zł – 700 000 zł	Ośw.	B
700 001 zł – 1 200 000 zł	KM	B
1 200 001 zł – 2 000 000 zł	B	B

Objaśnienia skrótów:

- Ośw. – złożenie skróconego oświadczenia o stanie zdrowia, zawartego we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
- KM – złożenie wypełnionego i podpisanego kwestionariusza medycznego, przygotowanego przez Towarzystwo.
- B – KM + odbycie konsultacji lekarskiej z lekarzem wskazanym przez Towarzystwo + wykonanie wyników następujących badań: ogólne badanie moczu + EKG wysiłkowe + badania krwi: pełna morfologia z rozmazem, OB, cholesterol całkowity, HDL, trójglukerydy, glukoza na czczo, kreatynina, próby wątrobowe (AST, ALT, GGTP), bilirubina, kwas moczowy, HIV.
- Koszty konsultacji medycznych i wykonania badań wymaganych przed objęciem Ubezpieczeniem pokrywa Towarzystwo.

§ 5. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia, rozpoczęcie, trwanie i zakończenie Ubezpieczenia

1. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia w stosunku do danego Kredytobiorcy w ramach danej Umowy kredytu jest dzień następujący po dniu, w którym nastąpiło późniejsze ze zdarzeń:
 - 1) spełnienie przez Kredytobiorcę przesłanek do objęcia Ubezpieczeniem, o których mowa w § 4 powyżej,
 - 2) wypłata kredytu/pożyczki lub jego pierwszej transzy,
 - 3) wpływ Składki na rachunek bankowy Towarzystwa za danego Kredytobiorcę zgodnie z postanowieniami § 14, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
2. Data rozpoczęcia Ubezpieczenia ustalona na podstawie postanowień niniejszego ustępu zostanie wskazana w Polisie.
3. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia następuje z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu przez Towarzystwo Polisy.
4. W przypadku, gdy Polisa zawiera treści odbiegające od tych zawartych we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia lub w OWU, Towarzystwo przy doręczaniu Polisy zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice.
5. W przypadku, o którym mowa w punkcie 4 powyżej, jeśli Ubezpieczający w terminie 7 dni od doręczenia Polisy nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
6. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczającym, który oświadczył, że jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (dalej PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd Towarzystwa.
7. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na Okres Sześćdziesięcioletni i przedłużana jest automatycznie – tj. bez konieczności składania przez Ubezpieczającego kolejnego Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia – na kolejne Okresy Dwuletnie, z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. W przypadku zmiany warunków, na jakich Umowa Ubezpieczenia może być przedłużana, Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczającego wraz ze szczegółowym opisem zmian w terminie nie później niż na 60 dni przed zakończeniem danego okresu obowiązywania Umowy Ubezpieczenia. Zmiana warunków ubezpieczenia na jakich Umowa Ubezpieczenia jest przedłużana, wejdzie w życie pod warunkiem zaakceptowania tych zmian przez Ubezpieczającego pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez stronę. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków Umowy Ubezpieczenia nie będzie ona przedłużana i wygaśnie z końcem danego okresu obowiązywania Umowy Ubezpieczenia.
9. Towarzystwo ma prawo do nieprzedłużania Umowy Ubezpieczenia pod warunkiem pisemnego powiadomienia Ubezpieczającego o nieprzedłużaniu Umowy Ubezpieczenia co najmniej 60 dni przed zakończeniem danego okresu obowiązywania Umowy Ubezpieczenia.
10. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytu kończy się w dniu wystąpienia przynajmniej jednej z określonych poniżej okoliczności:
 - 1) upływu okresu Ubezpieczenia, za który została opłacona Składka, z zastrzeżeniem postanowień § 14,
 - 2) śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) wystąpienia u Ubezpieczonego stanu Trwałej niezdolności do pracy,
 - 4) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończy 70. rok życia,
 - 5) skutecznego odstąpienia przez Ubezpieczonego od Umowy kredytu bądź jej rozwiązania, niezależnie od trybu, w jakim to nastąpiło,
 - 6) odstąpienia, wypowiedzenia lub końca okresu obowiązywania Umowy Ubezpieczenia,
 - 7) z upływem okresu, na jaki został udzielony kredyt lub pożyczka na podstawie Umowy kredytu, z uwzględnieniem ewentualnych zmian Umowy kredytu.

W przypadkach wskazanych w punktach 2), 3) niniejszego ustępu Ubezpieczony, wobec którego zakończeniu uległ okres ochrony ubezpieczeniowej, nie jest brany pod uwagę przy obliczaniu sum ubezpieczenia, o których mowa w § 12 i § 13 i Składki, o której mowa w § 15, wobec Ubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu.

§ 6. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo zarówno do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia, jak również wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia w całym okresie jej trwania.
2. Oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia następuje na podstawie pisemnego wniosku, podpisanego zgodnie z Podpisem wzorcowym, doręczonego Agentowi lub bezpośrednio Towarzystwu.
3. W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia całość Składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca miesięcznego okresu Ubezpieczenia, w którym zostało złożone wypowiedzenie, pod warunkiem opłacenia Składki za ten okres.
5. Gdy w ramach danej Umowy kredytu Ubezpieczonym objęta jest więcej niż jedna osoba, w przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia jednego z Ubezpieczonych:
 - 1) wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy oraz
 - 2) wysokość Składek dla pozostałych Ubezpieczonych określona dla Okresu Dwuletniego, w którym nastąpiło wypowiedzenie, pozostają na niezmiennym poziomie aż do końca Okresu Dwuletniego, w którym iloraz Salda zadłużenia na pierwszy Dzień roboczy przedostatniego miesięcznego okresu Ubezpieczenia tego Okresu Dwuletniego i nowej liczby Ubezpieczonych Kredytobiorców w ramach danej Umowy kredytu jest niższy niż wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy określonej dla Okresu Dwuletniego, w którym nastąpiło wypowiedzenie. Powyższe stosuje się odpowiednio dla wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia składanego przez kolejnego Ubezpiezonego w ramach danej Umowy kredytu.
6. Jeżeli w trakcie pierwszego Okresu Dwuletniego nastąpi zakończenie Umowy kredytu na skutek całkowitej spłaty kredytu lub pożyczki, lub złożone zostanie wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu część Składki za niewykorzystany okres Ubezpieczenia zgodnie ze wzorem:
$$R = SP \times (Dt/24),$$
gdzie:
 - R – Składka podlegająca zwrotowi,
 - SP – Składka z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpiezonego za pierwszy Okres Dwuletni,
 - Dt – liczba miesięcy po zakończeniu Ubezpieczenia pozostała do końca okresu, za jaki opłacono Składkę.

§ 7. Wskazanie i zmiana Uposażonego

1. Ubezpieczający ma prawo do wskazania i zmiany Uposażonego poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia podpisanego zgodnie z Podpisem wzorcowym, zawartym we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
2. Zmiana Uposażonego dochodzi do skutku po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
3. Ubezpieczający może wskazać we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia Bank jako Uposażonego do wysokości kwoty równej ilorazowi Salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu na dzień śmierci Ubezpiezonego i liczby ubezpieczonych Kredytobiorców na początek Okresu Dwuletniego, w którym nastąpiła śmierć Ubezpiezonego.
4. Ubezpieczający może wskazać Uposażonych uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpiezonego, w tym śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku, w wysokości różnicy między kwotą otrzymaną z tytułu śmierci, w tym również śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku, a kwotą wskazaną w zdaniu pierwszym ust. 3 powyżej. W razie niewyznaczenia Banku jako Uposażonego, zgodnie z postanowieniami ust. 3 powyżej, Uposażeni, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, uprawnieni są do otrzymania całości świadczenia z tytułu śmierci Ubezpiezonego w proporcjach określonych przez Ubezpieczającego.
5. Jeżeli Uposażony, o którym mowa w ust. 4 powyżej, zmarł przed śmiercią Ubezpiezonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpiezonego, świadczenia pozostaną wypłacone pozostałym Uposażonym, o których mowa w ust. 4 powyżej, proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w świadczeniu.
6. W przypadku braku Uposażonych uprawnionych do świadczenia uprawnionym w zakresie kwoty, o której mowa w ust. 4, będzie małżonek Ubezpiezonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpiezonego. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpiezonego. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpiezonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

§ 8. Świadczenie z tytułu śmierci

1. W przypadku śmierci Ubezpiezonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obliczonej zgodnie z postanowieniami § 12.
2. W stosunku do jednego Ubezpiezonego, w ramach jednej Umowy kredytu, może być wypłacone wyłącznie jedno świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci albo

Trwałej niezdolności do pracy. Jeśli Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem w ramach więcej niż jednej Umowy Ubezpieczenia, świadczenie wypłacane jest z tytułu każdej Umowy Ubezpieczenia.

§ 9. Świadczenie z tytułu śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku

W przypadku śmierci Ubezpiezonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, poza świadczeniem wynikającym z § 8, należne jest dodatkowe świadczenie równe 10% sumy ubezpieczenia obliczonej zgodnie z postanowieniami § 12.

§ 10. Świadczenie z tytułu Trwałej niezdolności do pracy

1. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo wystąpienia u Ubezpiezonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Trwałej niezdolności do pracy Ubezpiezonego Towarzystwo wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy, zgodnie z postanowieniami § 12.
2. W celu ustalenia wystąpienia u Ubezpiezonego Trwałej niezdolności do pracy Towarzystwo weryfikuje dostarczoną dokumentację, w tym tę potwierdzającą orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcy KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie, a także inną dokumentację, która została dostarczona do Towarzystwa.
3. W przypadku Ubezpiezonego, który do dnia lub w dniu wystąpienia u Ubezpiezonego Trwałej niezdolności do pracy nabył prawo do świadczeń emerytalnych lub rentowych z tytułu niezdolności do pracy lub ukończył 65. rok życia, zakres ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy obejmuje wyłącznie inwalidztwo na skutek Nieszczęśliwego wypadku polegające na:
 - 1) utracie wzroku w obu oczach,
 - 2) utracie przynajmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek,
 - 3) całkowitej głuchocie,
 - 4) całkowitej utracie mowy,
 - 5) niedowładzie połowicznym,
 - 6) paraplegii,
 - 7) tetraplegii.
4. Od daty Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną Trwałej niezdolności do pracy lub od pierwszego dnia niezdolności do pracy z powodu choroby, będącej przyczyną Trwałej niezdolności do pracy, do czasu uznania niezdolności przez Towarzystwo za nieodwracalną musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, z zastrzeżeniem postanowień zdania następnego. W przypadku wystąpienia niepełnosprawności, o których mowa w ust. 3 pkt. 1)-2) powyżej lub braku możliwości określenia przez Towarzystwo daty Nieszczęśliwego wypadku, będącego przyczyną Trwałej niezdolności do pracy lub pierwszego dnia choroby, będącej przyczyną Trwałej niezdolności do pracy, wyżej wymieniony okres 12 miesięcy nie ma zastosowania.
5. W stosunku do jednego Ubezpiezonego z tytułu śmierci albo Trwałej niezdolności do pracy może być wypłacone w ramach jednej Umowy Ubezpieczenia wyłącznie jedno świadczenie ubezpieczeniowe. Jeśli Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach więcej niż jednej Umowy kredytu, świadczenie (z tytułu śmierci lub Trwałej niezdolności do pracy) wypłacane jest z tytułu każdej Umowy kredytu.

§ 11. Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy

1. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest świadczenie równe sumie ubezpieczenia obliczonej zgodnie z postanowieniami § 13. Jest ono należne pod warunkiem, że Czasowa niezdolność do pracy trwała nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 60 dni.
2. Miesięczne świadczenia płatne są po 60. dniu trwania Czasowej niezdolności do pracy za każde pełne 30 dni potwierdzonego nieprzerwanego stanu Czasowej niezdolności do pracy z zastrzeżeniem, że za okres pierwszych 30 dni świadczenie nie należy się. Maksymalna liczba trzydziestodniowych Okresów, za które należne jest świadczenie z tytułu wystąpienia u danego Ubezpiezonego jednej Czasowej niezdolności do pracy, nie może przekroczyć 12 (dwunastu) z tytułu pojedynczej Umowy kredytu.
3. W przypadku, gdy kolejna Czasowa niezdolność do pracy z tytułu tej samej choroby lub tego samego Nieszczęśliwego wypadku ma miejsce w czasie krótszym niż 180 dni od daty zakończenia poprzedniego stanu Czasowej niezdolności do pracy, Czasowa niezdolność do pracy jest traktowana jako kontynuacja poprzedniej.
4. Wypłata świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpiezonego kończy się:
 - 1) z upływem dnia ustania Czasowej niezdolności do pracy Ubezpiezonego, której wystąpienie zostało ustalone zgodnie z postanowieniami Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) z chwilą śmierci Ubezpiezonego,
 - 3) z upływem dnia, w którym zostało ustalone u Ubezpiezonego wystąpienie Trwałej niezdolności do pracy,
 - 4) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony kończy 70 lat, przy czym po ukończeniu przez Ubezpiezonego 65. roku życia każde kolejne świadczenie jest wypłacane pod warunkiem, że Czasowa niezdolność do pracy była wynikiem Nieszczęśliwego wypadku i Ubezpieczony podlega Hospitalizacji w jego wyniku przez kolejne, następujące po sobie 30 dni,
 - 5) z dniem wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy kredytu.
5. Decyzja Towarzystwa o stwierdzeniu wystąpienia u Ubezpiezonego Czasowej niezdolności do pracy zostanie podjęta w terminie 14 dni w oparciu o przedstawione przez Ubezpiezonego dokumenty potwierdzające Czasową niezdolność do pracy zgodnie z § 17 ust. 3.
6. Jeśli Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w ramach więcej niż jednej Umowy kredytu, świadczenia miesięczne wypłacane są z tytułu każdej Umowy kredytu, niezależnie od liczby Zdarzeń ubezpieczeniowych.

§ 12. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy

- Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy jest równa:
 - dla pierwszego Okresu Dwuletniego sumie:
 - ilorazu podstawy naliczenia wskazanej w ust. 2 i ust. 3 poniżej i łącznej liczby Kredytobiorców, którzy zawarli Umowę Ubezpieczenia zgodnie z § 4 w ramach jednej Umowy kredytu, oraz
 - Składki za pierwszy Okres Dwuletni,
 - dla kolejnego Okresu Dwuletniego – ilorazowi Podstawy Naliczenia wskazanej w ust. 2 i ust. 3 poniżej i łącznej liczby Ubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu w 1. dniu danego Okresu Dwuletniego,z zastrzeżeniem, że:
 - jeżeli kwota obliczona zgodnie z pkt. 1) lub 2) powyżej jest wyższa niż 2 000 000,00 (słownie: dwa miliony) złotych lub niższa niż 50 000,00 (słownie: pięćdziesiąt tysięcy) złotych, to suma ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy wynosi odpowiednio 2 000 000,00 (słownie: dwa miliony) lub 50 000,00 (słownie: pięćdziesiąt tysięcy) złotych,
 - jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie karencji, o którym mowa w § 14 ust. 5, to suma ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy zostanie pomniejszona o składkę należną i niezapłaconą w terminie wymagalności.
- Podstawa naliczenia w ramach danej Umowy kredytu równa jest:
 - w pierwszym Okresie Dwuletnim:
 - dla Kredytobiorców, którzy zawarli Umowę Ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy kredytu i po całkowitej wypłacie kredytu lub pożyczki – Saldu zadłużenia na dzień złożenia Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia,
 - dla Kredytobiorców, którzy zawarli Umowę Ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy kredytu, ale nie nastąpiła całkowita wypłata kredytu lub pożyczki – kwocie przyznanego kredytu lub pożyczki,
 - dla Kredytobiorców, którzy zawarli Umowę Ubezpieczenia jednocześnie z zawarciem Umowy kredytu – kwocie przyznanego kredytu lub pożyczki,
 - w kolejnych Okresach Dwuletnich:
 - jeśli w pierwszym Dniu roboczym przedostatniego miesięcznego okresu Ubezpieczenia poprzedzającego kolejny Okres Dwuletni nastąpiła już całkowita wypłata kredytu lub pożyczki – Saldu zadłużenia na pierwszy Dzień roboczy przedostatniego miesięcznego okresu Ubezpieczenia poprzedzającego kolejny Okres Dwuletni,
 - jeśli w pierwszym Dniu roboczym przedostatniego miesięcznego okresu Ubezpieczenia poprzedzającego kolejny Okres Dwuletni nie nastąpiła jeszcze całkowita wypłata kredytu lub pożyczki – kwocie przyznanego kredytu lub pożyczki z Umowy kredytu na dzień jej podpisania.
- W przypadku, gdy Umowa kredytu została zawarta w walucie innej niż zł, podstawa naliczenia przeliczana jest na zł wg kursu sprzedaży danej waluty wynikającego z:
 - Tabeli Kursów dla kredytów mieszkaniowych i konsolidacyjnych w walutach obcych Deutsche Bank Polska S.A. – w przypadku kredytów mieszkaniowych i konsolidacyjnych,
 - Tabeli Kursów kupna i sprzedaży waluty polskiej w stosunku do walut obcych dla Klientów indywidualnych i biznesowych – w przypadku pożyczek hipotecznych, obowiązującej w Banku:
 - dla pierwszego Okresu Dwuletniego – w dniu podjęcia pozytywnej decyzji kredytowej przez Bank,
 - dla drugiego i kolejnego Okresu Dwuletniego – w pierwszym Dniu roboczym przedostatniego miesiąca kalendarzowego poprzedzającego kolejny Okres Dwuletni.
- W przypadku, gdy Klient zawarł kilka Umów Ubezpieczenia, łączna wartość sum ubezpieczenia nie może przekroczyć 2 000 000 (słownie: dwóch milionów) złotych, a wartość należnych Składek uwzględni ten limit.
- W przypadku, gdy w ramach danej Umowy kredytu Ubezpieczeniem objęta jest więcej niż jedna osoba, w przypadku zakończenia Ubezpieczenia w stosunku do jednego z Ubezpieczonych, wysokość Składek i sum ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy dla pozostałych Ubezpieczonych określona dla Okresu Dwuletniego, w którym nastąpiło zakończenie Ubezpieczenia, pozostaje na niezmiennym poziomie aż do końca Okresu Dwuletniego, w którym: iloraz Salda zadłużenia i liczby Ubezpieczonych, liczone na pierwszy Dzień roboczy przedostatniego miesięcznego okresu tego Okresu Dwuletniego jest niższy niż wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy określonej dla Okresu Dwuletniego, w którym nastąpiło zakończenie Ubezpieczenia.
- Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy w pierwszym Okresie Dwuletnim wskazana jest we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, a następnie potwierdzona w Polisie. O wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy w kolejnych Okresach Dwuletnich Ubezpieczony zostanie poinformowany pisemnie. W przypadku braku informacji o nowej wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy przed rozpoczęciem kolejnego Okresu Dwuletniego pozostaje ona na niezmiennym poziomie aż do upływu tego Okresu Dwuletniego.
- Maksymalna kwota odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do jednego Ubezpieczonego bez względu na liczbę Umów kredytu przez niego zawartych wynosi 2 000 000 (słownie: dwa miliony) złotych. W przypadku, gdy kwota będąca sumą sum ubezpieczenia wyliczonych zgodnie z pkt. 1 powyżej przekroczyłaby wartość 2 000 000 (słownie: dwóch milionów) złotych, Towarzystwo pobierze Składkę nie większą niż należną z tytułu Ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia wynoszącą 2 000 000 (słownie: dwa miliony) złotych.

§ 13. Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy

- Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w ramach jednej Umowy Ubezpieczenia stanowi sumę wartości miesięcznych Rat kredytu, których data wymagalności przypada w okresie Czasowej niezdolności do pracy, za który należne jest świadczenie ubezpieczeniowe.

- Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie karencji, o którym mowa w § 14 ust. 5, to suma ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy zostanie pomniejszona o składkę należną i niezapłaconą w terminie wymagalności.
- W przypadku, gdy Umowa kredytu została zawarta w walucie innej niż zł, Rata kredytu na potrzeby wyliczenia sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy przeliczana jest na zł według kursu sprzedaży danej waluty wynikającego z:
 - Tabeli Kursów dla kredytów mieszkaniowych i konsolidacyjnych w walutach obcych Deutsche Bank Polska S.A. – w przypadku kredytów mieszkaniowych i konsolidacyjnych,
 - Tabeli kursów kupna i sprzedaży waluty polskiej w stosunku do walut obcych dla Klientów indywidualnych i biznesowych – w przypadku pożyczek hipotecznych, obowiązującej w Banku w dniu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
- Wartość miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy nie może przekroczyć 150% wartości pierwszej Raty kredytu w zł, obowiązującej w dniu zawarcia Umowy kredytu (pierwszy Okres Dwuletni) lub na pierwszy Dzień roboczy przypadający na dwa miesiące przed rozpoczęciem każdego kolejnego Okresu Dwuletniego wg kursu sprzedaży danej waluty wynikającego z Tabeli Kursów dla kredytów mieszkaniowych i konsolidacyjnych w walutach obcych Deutsche Bank Polska S.A. obowiązującej w Banku tego dnia. Ograniczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, dotyczy także kredytów zaciąganych w zł, a nie ma zastosowania w okresie wypłaty kredytu w transzach do czasu wypłaty ostatniej transzy.
- Maksymalna liczba miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych, o których mowa powyżej w ust. 1 i 2, nie może przekroczyć 12 (dwunastu) z tytułu jednej Czasowej niezdolności do pracy, a maksymalna suma tych świadczeń w stosunku do jednego Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytu nie może przekroczyć 72 000,00 (siedemdziesiąt dwa tysiące) zł z tytułu jednej Czasowej niezdolności do pracy. Maksymalna liczba świadczeń miesięcznych nie może również przekroczyć liczby Rat kredytu pozostałych do spłaty od daty rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy.
- W przypadku, gdy w ramach danej Umowy kredytu ochroną ubezpieczeniową objęty jest więcej niż jeden Kredytobiorca, wysokość miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy dla danego Ubezpieczonego ustala się jako iloraz wysokości Raty kredytu, o której mowa w ust. 1 powyżej i liczby Ubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu na początku Okresu Dwuletniego, w którym nastąpiła Czasowa niezdolność do pracy.

§ 14. Opłacanie Składek

- Wysokość Składki jest ustalana z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonych oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia, a także charakterystyki Umów kredytowych, w tym faktycznego okresu ich obowiązywania.
- Pierwsza Składka z tytułu ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego jest płatna jednorazowo i powinna wpłynąć na rachunek Towarzystwa nie wcześniej niż w dniu, w którym został spełniony ostatni (najpóźniej spełniony) z następujących warunków:
 - złożenie podpisanego Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia,
 - ustalenie Zdolności ubezpieczeniowej tych spośród Kredytobiorców równocześnie wnioskujących o zawarcie Umowy Ubezpieczenia w ramach danej Umowy kredytu, co do których, zgodnie z § 4 ust. 5 OWU, złożenie oświadczenia jest wystarczające,
 - pozytywne przejście weryfikacji Zdolności ubezpieczeniowej przez tych spośród równocześnie wnioskujących Kredytobiorców, co do których, zgodnie z § 4 ust. 5 OWU, złożenie oświadczenia nie jest wystarczające.
- Kolejne składki z tytułu Ubezpieczenia po pierwszym Okresie Dwuletnim wobec danego Ubezpieczonego płatne są miesięcznie ostatniego Dnia roboczego poprzedzającego miesięczny okres Ubezpieczenia, za jaki Składka jest należna. Składki są opłacane przez Ubezpieczającego na rachunek wskazany przez Towarzystwo.
- Nieopłacenie pierwszej Składki w terminie wymagalności skutkuje brakiem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Kredytobiorcy w ramach danej Umowy kredytu.
- Począwszy od drugiej należnej Składki, w przypadku nieopłacenia Składki w terminie wymagalności, nastąpi 30-dniowa prolongata terminu płatności tej Składki (okres karencji), liczona od dnia wymagalności Składki, w trakcie której ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana.
- W przypadku nieopłacenia Składki za dany miesiąc w terminie jej wymagalności Towarzystwo niezwłocznie poinformuje Ubezpieczającego, że brak zapłaty Składki w terminie do końca okresu karencji spowoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego w ramach danej Umowy Ubezpieczenia, począwszy od dnia następnego po upływie tego okresu.

§ 15. Kalkulacja Składek

- Wysokość Składki należnej z tytułu Ubezpieczenia wobec danego Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytu stanowi sumę następujących iloczynów:
 - iloczynu stawki ubezpieczenia z tytułu śmierci, obowiązującej zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3 i 4 poniżej oraz sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy, wyznaczonej zgodnie z postanowieniami § 12,
 - iloczynu stawki ubezpieczenia z tytułu śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku, obowiązującej zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3 i 4 poniżej oraz sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy, wyznaczonej zgodnie z postanowieniami § 12,
 - iloczynu stawki ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy, obowiązującej zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3 i 4 poniżej oraz sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy, wyznaczonej zgodnie z postanowieniami § 12, oraz

- 4) iloczynu stawki ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, obowiązującej zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3 i 4 poniżej oraz sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy, wyznaczonej zgodnie z postanowieniami § 12.
2. W przypadku, gdy zgodnie z Umową kredytu kredyt lub pożyczka został udzielony w walucie innej niż zł, kwota należnej Składki jest obliczana od sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, obliczonej zgodnie z § 12.
3. Wysokość stawek ubezpieczenia jest stała przez Okres Sześcioletni (na który składają się: pierwszy Okres Dwuletni oraz bezpośrednio po nim następujące kolejne dwa Okresy Dwuletnie).
4. Z zastrzeżeniem postanowienia ust. 3 powyżej, stawka ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytu, obowiązująca na początku danego Okresu Dwuletniego, obowiązuje w stosunku do tego Ubezpieczonego w ramach tej Umowy kredytu przez cały czas trwania tego Okresu Dwuletniego oraz – jeśli nie została zmieniona dla kolejnego Okresu Dwuletniego – w kolejnym Okresie Dwuletnim.
5. Wysokość Składki za ubezpieczenie w Okresie Dwuletnim, w którym rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytu, wskazana jest we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i potwierdzona w Polisie. O wysokości Składki w kolejnych Okresach Dwuletnich Ubezpieczający zostanie poinformowany pisemnie przed rozpoczęciem tych Okresów Dwuletnich. W przypadku braku informacji o nowej wysokości Składki przed rozpoczęciem trzeciego lub kolejnych Okresów Dwuletnich Składka za świadczenie ochrony ubezpieczeniowej wobec tego Ubezpieczonego w tym kolejnym Okresie Dwuletnim pozostaje na niezmienionym poziomie aż do upływu tego Okresu Dwuletniego.
6. W stosunku do osób objętych Ubezpieczeniem stawki ubezpieczenia mogą ulec zmianie jedynie w przypadkach wskazanych w przepisach prawa.

§ 16. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Świadczenie z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek:
 - 1) działań wojennych, rozruchów, stanu wojennego lub aktu terroryzmu,
 - 2) samobójstwa Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu pierwszych 2 lat od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 3) skażenia radioaktywnego,
 - 4) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), chorób związanych z AIDS lub choroby wywołanej zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności),
 - 5) popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego z winy umyślnej,
 - 6) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, środków ograniczających świadomość, w tym lekarstw ograniczających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy zastosowanie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 7) uprawiania niebezpiecznych sportów, do których zalicza się: skoki spadochronowe, lotniarstwo, nurkowanie głębinowe, wyścigi lub rajdy pojazdów lądowych lub wodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, rafting, bungee jumping, boks, scuba/ skin diving, hang-glidering,
 - 8) wykonywania zawodu o podwyższonym ryzyku, związanego z pracą pod ziemią bądź pod wodą (górnictwo, drażnienie tuneli), ochroną mienia lub osób, a także pracą w oddziałach specjalnych policji lub wojska.
 2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone, jeśli śmierć nastąpiła wskutek:
 - 1) działań wojennych, rozruchów, stanu wojennego lub aktu terroryzmu,
 - 2) samobójstwa Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu pierwszych 2 lat od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 3) skażenia radioaktywnego,
 - 4) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), chorób związanych z AIDS lub choroby wywołanej zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności),
 - 5) popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego z winy umyślnej,
 - 6) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, środków ograniczających świadomość, w tym lekarstw ograniczających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy zastosowanie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 7) uprawiania niebezpiecznych sportów, do których zalicza się: skoki spadochronowe, lotniarstwo, nurkowanie głębinowe, wyścigi lub rajdy pojazdów lądowych lub wodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, rafting, bungee jumping, boks, scuba/ skin diving, hang-glidering,
 - 8) wykonywania zawodu o podwyższonym ryzyku, związanego z pracą pod ziemią bądź pod wodą (górnictwo, drażnienie tuneli), ochroną mienia lub osób, a także pracą w oddziałach specjalnych policji lub wojska,
 - 9) choroby, wszelkich zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F 00-F 99) lub zespołu przewlekłego zmęczenia,
 - 10) zakażenia każdego rodzaju, bez względu na drogę zakażenia, z wyjątkiem zakażeń spowodowanych bezpośrednio przez nieszczęśliwy wypadek i pod warunkiem braku jakiegokolwiek choroby lub stanu zdrowia, które mogłyby prowadzić do zakażenia.
 3. Świadczenie z tytułu Trwałej niezdolności do pracy nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała niezdolność do pracy nastąpiła wskutek:
 - 1) działań wojennych, rozruchów, stanu wojennego lub aktu terroryzmu,
 - 2) nieudanej próby samobójstwa Kredytobiorcy, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu pierwszych 2 lat od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 3) skażenia radioaktywnego,
 4. Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), chorób związanych z AIDS lub choroby wywołanej zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności),
 - 5) popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego z winy umyślnej,
 - 6) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, środków ograniczających świadomość, w tym lekarstw ograniczających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy zastosowanie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 7) wszelkich zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F 00-F 99) lub zespołu przewlekłego zmęczenia,
 - 8) samookaleczenia lub okaleczenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - 9) niezdolności do pracy spowodowanej wszystkimi dolegliwościami nieudokumentowanymi wynikami badań Ubezpieczonego (subiektywna niezdolność do pracy),
 - 10) uprawiania niebezpiecznych sportów, do których zalicza się: skoki spadochronowe, lotniarstwo, nurkowanie głębinowe, wyścigi lub rajdy pojazdów lądowych lub wodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, rafting, bungee jumping, boks, scuba/ skin diving, hang-glidering,
 - 11) wykonywania zawodów o podwyższonym ryzyku, związanych z pracą pod ziemią bądź pod wodą (górnictwo, drażnienie tuneli), ochroną mienia lub osób, a także pracą w oddziałach specjalnych policji lub wojska.
4. Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy nastąpiła wskutek:
- 1) działań wojennych, rozruchów, stanu wojennego lub aktu terroryzmu,
 - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
 - 3) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, środków ograniczających świadomość, w tym lekarstw ograniczających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy zastosowanie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 4) wszelkich zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F 00-F 99) lub zespołu przewlekłego zmęczenia,
 - 5) próby samobójstwa w ciągu pierwszych 2 lat od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia, umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 6) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego sportu, rozumianego jako uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,
 - 7) dyskopatii, zespołów korzeniowych, z wyjątkiem zmian patologicznych kręgosłupa o innym charakterze, udowodnionych badaniami lekarskimi,
 - 8) uprawiania niebezpiecznych sportów, do których zalicza się: skoki spadochronowe, lotniarstwo, nurkowanie głębinowe, wyścigi lub rajdy pojazdów lądowych lub wodnych, wspinaczkę wysokogórską, rafting, bungee jumping,
 - 9) wykonywania zawodu o podwyższonym ryzyku, związanego z pracą pod ziemią bądź pod wodą (górnictwo, drażnienie tuneli), ochroną mienia lub osób, a także pracą w oddziałach specjalnych policji lub wojska.
- W przypadku osób powyżej 65. roku życia Ubezpieczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy nie obejmuje również Hospitalizacji Ubezpieczonego, która nastąpiła wskutek:
- 1) wszelkich zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F 00-F 99) oraz zespołu przewlekłego zmęczenia,
 - 2) dyskopatii, zespołów korzeniowych, z wyjątkiem zmian patologicznych kręgosłupa o innym charakterze, udowodnionych badaniami lekarskimi,
 - 3) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
 - 4) alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zlecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem tych czynników w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 17. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego

W procesie rozpatrywania roszczeń wszystkie wymagane dokumenty powinny być przekazywane Towarzystwu w formie oryginału, kopii poświadczonych notarialnie lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Towarzystwo lub Agenta.

1. Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Agent, na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie, udostępni formularze roszczeniowe, które po uzupełnieniu wraz z:

- 1) odpisem skróconym aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) statystyczną kartą zgonu lub jakimkolwiek dokumentem medycznym potwierdzającym przyczynę zgonu (w przypadku braku wypełnionego formularza przez lekarza),
 - 3) kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podaniem nazwy i adresu placówki prowadzącej odpowiednie postępowanie, o ile zostało ono wszczęte – gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,
- przekazywane są Agentowi lub dostarczane są przez osobę zgłaszającą roszczenie bezpośrednio do Towarzystwa. W przypadku zgłoszenia roszczenia u Agenta Agent, po otrzymaniu dokumentów wymienionych powyżej dotyczących Ubezpieczonego, przekazuje je niezwłocznie Towarzystwu wraz z oryginałem Wniosku o wypłatę świadczenia, jednakże pod warunkiem, że Agent jest w jego posiadaniu.

Warunkiem wypłaty części świadczenia nienależnej Bankowi jest dostarczenie Towarzystwu dowodu tożsamości Uposażonego lub kopii dowodu tożsamości Uposażonego potwierdzonej notarialnie lub przez Agenta.

2. Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego

W przypadku wystąpienia Ubezpieczonego Trwałej niezdolności do pracy Agent, na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie, udostępnia formularze roszczeniowe, które po wypełnieniu wraz z:

- 1) wydanym przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie dokumentem potwierdzającym Trwałą niezdolność do pracy, o ile takie oświadczenie zostało wydane i o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
 - 2) dokumentem stanowiącym potwierdzenie nabycia prawa do świadczeń emerytalnych lub rentowych z tytułu niezdolności do pracy w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, o ile został on wydany,
 - 3) kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
 - 4) kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podaniem nazwy i adresu placówki prowadzącej odpowiednie postępowanie, o ile zostało ono wszczęte – gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,
- przekazywane są Agentowi lub dostarczane są przez osobę zgłaszającą roszczenie bezpośrednio do Towarzystwa. W przypadku zgłoszenia roszczenia u Agenta Agent, po otrzymaniu dokumentów wymienionych powyżej dotyczących Ubezpieczonego, przekazuje je niezwłocznie Towarzystwu wraz z oryginałem Wniosku o wypłatę świadczenia, jednakże pod warunkiem, że Agent jest w jego posiadaniu.

3. Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego

W przypadku wystąpienia Ubezpieczonego Czasowej niezdolności do pracy Agent, na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie, udostępnia formularze roszczeniowe, które po wypełnieniu wraz z:

- 1) dokumentacją medyczną potwierdzającą przyczynę Czasowej niezdolności do pracy,
 - 2) zwolnieniem lekarskim lub wydanym przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie dokumentem potwierdzającym Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego, jeżeli w stosunku do Ubezpieczonego zostały wydane takie dokumenty i jest on w ich posiadaniu,
 - 3) dokumentacją potwierdzającą prowadzenie przez Ubezpieczonego, w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy, działalności gospodarczej lub działalności rolniczej, uzyskiwania dochodu z tytułu stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy cywilnoprawnej – w przypadku osób do 65. roku życia lub kartą leczenia szpitalnego, lub innym dokumentem potwierdzającym Hospitalizację Ubezpieczonego – w przypadku osób powyżej 65. roku życia,
 - 4) kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podaniem nazwy i adresu placówki prowadzącej odpowiednie postępowanie, o ile zostało ono wszczęte – gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,
- przekazywane są Agentowi lub dostarczane są przez osobę zgłaszającą roszczenie bezpośrednio do Towarzystwa. W przypadku zgłoszenia roszczenia u Agenta Agent, po otrzymaniu wymienionych powyżej dokumentów dotyczących Ubezpieczonego, przekazuje je niezwłocznie Towarzystwu wraz z oryginałem Wniosku o wypłatę świadczenia, jednakże pod warunkiem, że Agent jest w jego posiadaniu.

4. Badanie medyczne

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- 1) weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, w szczególności dokumentacji medycznej, która stanowiła podstawę wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie,
- 2) przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia zasadności roszczenia i zgodności z postanowieniami niniejszych OWU. Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tej weryfikacji i wyników badań.

5. Dodatkowe informacje

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Polski dokumentacja przedkładana Towarzystwu w związku ze zgłoszeniem roszczenia ubezpieczeniowego powinna być przedstawiona w kopii przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
2. W przypadkach uzasadnionych wątpliwości Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
3. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego i jeśli fakt ten przyczynił się do niemożności ustalenia okoliczności i skutków Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio zmniejszyć świadczenie do czasu przedstawienia niezbędnych dokumentów. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w ust. 6 pkt 1 poniżej.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, a także placówek medycznych i innych właściwych insty-

tucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

6. Wypłata świadczenia

1. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 14 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym od Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w ust. 1 powyżej.

§ 18. Reklamacje i mediacja

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - 1) pisemnie na adres siedziby Towarzystwa: MetLife TUnŻIR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - 2) elektronicznie na adres e-mail: kontakt@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.
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.
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.

§ 19. Podatki

Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych. Zasady opodatkowania świadczeń należnych osobom uprawnionym na mocy Umowy Ubezpieczenia regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz.U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.) lub ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397).

§ 20. 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 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, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
3. Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa po zakończeniu roku sprawozdawczego.

§ 21. Niepodważalność Umowy Ubezpieczenia

Jeżeli Ubezpieczający (Ubezpieczony) podał dane niezgodne z prawdą lub zataił prawdę o okolicznościach, o które zapytało Towarzystwo przy wnioskowaniu o Ubezpieczenie w przygotowanych do tego celu formularzach, Towarzystwo będzie wolne od odpowiedzialności w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w ciągu trzech lat od Daty rozpoczęcia Ubezpieczenia, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu opłacone przez niego Składki w pełnej wysokości.

§ 22. Postanowienia kolizyjne

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

§ 23. Doręczenia

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego (Ubezpieczonego), Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z Ubezpieczenia związane z Umową Ubezpieczenia winny być doręczane na piśmie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony na adres siedziby Towarzystwa, w upoważnionym przedstawicielstwie Towarzystwa lub u Agenta.
2. Wszelkie oświadczenia oraz korespondencja przekazane Agentowi w związku z Umową Ubezpieczenia uznaje się za doręczone Towarzystwu.
3. Korespondencja, która dotyczy Ubezpieczającego (Ubezpieczonego), Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, kierowana będzie na adres korespondencyjny Ubezpieczającego (Ubezpieczonego), Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, wskazany przez daną osobę.

§ 24. Aktualizacja informacji

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Towarzystwa o zmianach:
 - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
 - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).Informacje o zmianach powinny być przekazane do Towarzystwa pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
2. Ubezpieczający będący osobą fizyczną zobowiązany jest do niezwłocznego informowania Towarzystwa o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie jego podpisem. Złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez Ubezpieczającego może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego informowania Towarzystwa o zmianie formy prawnej, zakresu prowadzonej działalności oraz zmianie kraju siedziby w celu wykonania przez Towarzystwo obowiązków wynikających z Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Warszawa, 9 stycznia 2017 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

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

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

Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 52 64
© MetLife TUnŻiR S.A., 2017

MetLife®

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