

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego

MetLife®



„CreditShield”

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „CreditShield” mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna a Ubezpieczającym-Bankiem i stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia.

§ 2. Definicje

1. W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Umowie ubezpieczenia oraz innych dokumentach związanych z zawarciem lub wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenia:
 - 1) **Aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub świadczenie pracy w miejscu pracy lub innym miejscu wskazanym przez pracodawcę. Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby przebywające na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich oraz płatnych urlopach wypoczynkowych;
 - 2) **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - 3) **CreditShield** – ubezpieczenie od ryzyka śmierci, śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Czasowej niezdolności do pracy oraz Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, oferowane przez Zakład Ubezpieczeń na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
 - 4) **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;
 - 5) **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia pobyt w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrawiskowego;
 - 6) **Karta kredytowa** – główna karta kredytowa Citibank, o której mowa w Regulaminie Kart Kredytowych Citibank Banku Handlowego w Warszawie S.A.;
 - 7) **Licencjonowane pasażerskie linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób;
 - 8) **Minimalna płatność miesięczna** – minimalna miesięczna płatność, wymagana zgodnie z Umową o Kartę Kredytową Citibank zawartą przez Ubezpieczonego z Ubezpieczającym-Bankiem, do uiszczenia której zobowiązany jest Ubezpieczony z tytułu Salda zadłużenia, wykazana w ostatnim miesięcznym wyciągu z rachunku Karty kredytowej wystawionym przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagle, niezależne od woli osoby objętej ubezpieczeniem i stanu jej zdrowia gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną;
 - 10) **Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, na jaki udzielono ochrony ubezpieczeniowej w ramach CreditShield;
 - 11) **OWU CreditShield** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia CreditShield oferowane przez Zakład Ubezpieczeń;
 - 12) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia wystawiany przez Zakład Ubezpieczeń Ubezpieczającemu-Bankowi;
 - 13) **Saldo zadłużenia** – wartość będąca sumą wykorzystanego przez Ubezpieczonego 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 Kre-

dytowych Citibank Banku Handlowego w Warszawie” Ubezpieczającego-Banku;

- 14) **Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy** – 12-krotność miesięcznego świadczenia równego większej z wartości:
 - 10% Salda zadłużenia wykazanego w ostatnim miesięcznym wyciągu z rachunku Karty kredytowej, wystawionym przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - Minimalna płatność miesięczna wykazana w ostatnim miesięcznym wyciągu z rachunku Karty kredytowej, wystawionym przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 15) **Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy** – kwota równa podwojonemu Saldu zadłużenia na Karcie kredytowej w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 c) niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, i nie większa niż 400.000 (czterysta tysięcy) złotych;
- 16) **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego** – kwota równa podwojonemu Saldu zadłużenia na Karcie kredytowej w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 a) niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, i nie większa niż 400.000 (czterysta tysięcy) złotych;
- 17) **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – kwota równa podwojonemu Saldu zadłużenia na Karcie kredytowej w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 b) niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, i nie większa niż 400.000 (czterysta tysięcy) złotych;
- 18) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w wysokości i na zasadach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia;
- 19) **Dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe** – dodatkowa kwota, wypłacana obok Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, w wysokości i na zasadach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia;
- 20) **Szpital** – działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całonocna lub całonocowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych oraz wykonywania zabiegów chirurgicznych i zatrudniające wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakiegokolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne;
- 21) **Trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej przychód lub wynagrodzenie;
- 22) **Ubezpieczający-Bank** – Bank Handlowy w Warszawie S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 23) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, będąca posiadaczem Karty kredytowej, która została objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
- 24) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta między Zakładem Ubezpieczeń a Ubezpieczającym-Bankiem, na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
- 25) **Umowa o Kartę Kredytową Citibank** – Umowa o Kartę Kredytową Citibank zawarta pomiędzy klientem Ubezpieczającego-Banku a Ubezpieczającym-Bankiem;
- 26) **Uposażony** – osoba, której wypłacane jest świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia.

Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego z tytułu Nieszczęśliwego wypadku jest Ubez-

piecający-Bank, pod warunkiem uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonego – do wysokości Salda zadłużenia na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz osoba wskazana przez Ubezpieczonego – do świadczenia w kwocie stanowiącej różnicę między Sumą ubezpieczenia a kwotą należną Ubezpieczającemu-Bankowi. 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.

Uprawnionym do żądania od Zakładu Ubezpieczeń świadczeń z tytułu Umowy, w przypadku wystąpienia Zdarzeń ubezpieczeniowych innych niż zgon Ubezpieczonego, jest Ubezpieczający-Bank do wysokości Salda zadłużenia na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego. Uprawnionym do żądania świadczenia w pozostałym zakresie jest Ubezpieczony.

Uprawnionym do Dodatkowego Świadczenia ubezpieczeniowego jest osoba wskazana samodzielnie przez Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania Dodatkowego Świadczenia ubezpieczeniowego jest małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka kwota Dodatkowego Świadczenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacona dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka i dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym. W razie wskazania przez Ubezpieczonego osoby uprawnionej do otrzymania Dodatkowego Świadczenia ubezpieczeniowego wypłacane jest ono tej osobie.

- 27) **Zakład Ubezpieczeń** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26, 00-150 Warszawa;
- 28) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie uprawniające do złożenia roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego, o ile zaistniało w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
2. Terminy pisane z wielkiej litery, 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.

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
- a) śmierć Ubezpieczonego;
 - b) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy;
 - d) Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy.

§ 4. Zawarcie, odstąpienie i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony, podczas którego posiadacze Kart kredytowych mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego-Banku.
3. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Polisy Ubezpieczającemu-Bankowi, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5 poniżej.
4. Jeżeli treść Polisy zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Ubezpieczającego-Banku od treści wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Zakład Ubezpieczeń przy doręczaniu Polisy zwróci pisemnie Ubezpieczającemu-Bankowi uwagę na zachodzące różnice i wyznaczy co najmniej 7-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Zakład Ubezpieczeń zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego-Banku nie są skuteczne, a Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z warunkami określonymi we wniosku Ubezpieczającego-Banku. W sytuacji braku sprzeciwu Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do jego zgłoszenia, zgodnie z treścią Polisy.
5. Jeżeli Ubezpieczający-Bank zgłosi sprzeciw, o którym mowa w ust. 4, Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta po zgodnym ustaleniu jej treści przez strony Umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający-Bank może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia.
7. Ubezpieczający-Bank może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie obowiązującym Umowę ubezpieczenia, z zachowaniem 6-miesięcznego terminu wypowiedzenia. Wypowiedzenie powinno zostać złożone na piśmie. Za okres wypowiedzenia powinna zostać opłacona Składka ubezpieczeniowa za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w tym okresie.

§ 5. Objęcie Umową ubezpieczenia i rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej

1. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dacie przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 roku życia oraz jest posiadaczem Karty kredytowej.
2. Ubezpieczonym może być osoba, która:
- a) wyraziła zgodę na nagrywanie rozmów telefonicznych prowadzonych z operatorem telefonicznego centrum obsługi klienta, będącym przedstawicielem Ubezpieczającego-Banku i trwale rejestrowanie wszelkich składanych oświadczeń woli w trakcie tych rozmów, a w szczególności oświadczenia woli dotyczącego objęcia ochroną ubezpieczeniową, albo złożyła pisemne oświadczenie woli dotyczące objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - b) wyraziła zgodę na obciążanie rachunku Karty kredytowej wartością miesięcznej opłaty za ochronę ubezpieczeniową z tytułu CreditShield na podstawie

telefonicznego zlecenia lub pisemnego oświadczenia woli przekazanego Ubezpieczającemu-Bankowi.

3. Ubezpieczeniem nie może być ponownie objęta osoba, która była kiedykolwiek objęta ubezpieczeniem CreditShield lub CreditShield Plus i otrzymała świadczenie z tytułu Trwałej niezdolności do pracy w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
4. Posiadacze Karty kredytowej wydanej przez Ubezpieczającego-Bank nie spełniają warunków określonych w ust. 1 i 2 nie są objęci ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia.
5. Zakład Ubezpieczeń obowiązany jest zwrócić Składkę otrzymaną za osoby, o których mowa w ust. 4, w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Zakład Ubezpieczeń informacji pozwalającej na ustalenie, że osoby te nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.
6. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie obowiązującym Umowę ubezpieczenia poprzez złożenie telefonicznego lub pisemnego oświadczenia w tym zakresie za pośrednictwem Ubezpieczającego-Banku. Oświadczenie o rezygnacji jest skuteczne wobec Zakładu Ubezpieczeń z dniem otrzymania oświadczenia przez Ubezpieczającego-Bank. W przypadku złożenia oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa danego Ubezpieczonego wygasa ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia Składka.
7. Ubezpieczony ma prawo do odstąpienia od ubezpieczenia w terminie 30 dni kalendarzowych liczonych od dnia naliczenia pierwszej opłaty ubezpieczeniowej poprzez złożenie telefonicznego lub pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego-Banku. Oświadczenie o odstąpieniu Ubezpieczonego jest skuteczne wobec Zakładu Ubezpieczeń z dniem otrzymania oświadczenia przez Ubezpieczającego-Bank. W przypadku odstąpienia Ubezpieczonego od ubezpieczenia Zakład Ubezpieczeń zwraca Ubezpieczającemu-Bankowi Składkę za tego Ubezpieczonego.

§ 6. Składka ubezpieczeniowa

1. Składka ubezpieczeniowa jest ustalana w oparciu o:
- a) grupową ocenę ryzyka ubezpieczeniowego dla danego zakresu ubezpieczenia dla grupy 1 i 5 Działu I – Ubezpieczenia na życie;
 - b) wysokość sumy ubezpieczenia;
 - c) kalkulację kosztów związanych z zawarciem i obowiązki Umowy ubezpieczenia.
2. Podstawę ustalenia wysokości Składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego stanowi kwota Salda zadłużenia wraz z kwotą salda pozostałego do spłaty w ramach Planu Spłat Ratalnych „Komfort” i oznaczona na miesięcznym wyciągu z rachunku Karty kredytowej przesłanym Ubezpieczonemu.
3. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest przez Ubezpieczającego-Bank miesięcznie w terminie określonym w Polisie.
4. Wysokość Składki opłacanej przez Ubezpieczającego-Bank z tytułu obu zakresów ubezpieczenia określona jest w Polisie, na zasadach ustalonych przez Ubezpieczającego-Bank i Zakład Ubezpieczeń w Umowie ubezpieczenia.

§ 7. Okres trwania ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego przystępującego do ubezpieczenia w momencie wydania Karty kredytowej, w stosunku do ryzyka śmierci Ubezpieczonego, Trwałej niezdolności do pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu dokonania przez Ubezpieczonego pierwszej transakcji Kartą kredytową, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu-Bankowi oświadczenia woli dotyczącego objęcia ochroną ubezpieczeniową po wydaniu Karty kredytowej, ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się po złożeniu oświadczenia woli, w dniu aktywowania ochrony ubezpieczeniowej na rachunku Karty kredytowej przez Ubezpieczającego-Bank.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ryzyka śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się w dniu przejścia przez Ubezpieczonego na emeryturę.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ryzyka Trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest udzielana do dnia przejścia Ubezpieczonego na emeryturę. W tym wypadku ostatnim dniem ochrony jest ostatni dzień przed dniem przejścia Ubezpieczonego na emeryturę.
5. Od dnia, w którym Ubezpieczony przejdzie na emeryturę, do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie ryzyko śmierci, Czasowej niezdolności do pracy oraz śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
6. Świadczenie z tytułu śmierci, śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku oraz Trwałej niezdolności do pracy wypłacone zostaje na konto Uposażonego zgodnie z § 2 ust. 26.
7. Ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w ust. 3 i 4, rozpocznie się pod warunkiem naliczenia opłaty za ochronę ubezpieczeniową wykazanej na najbliższym, po aktywacji ochrony ubezpieczeniowej, wyciągu z rachunku Karty kredytowej i zapłaty przez Ubezpieczającego-Bank na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Składki za danego Ubezpieczającego. W przypadku braku możliwości naliczenia pierwszej opłaty na najbliższym wyciągu z rachunku Karty kredytowej ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się od pierwszego dnia cyklu rozliczeniowego rachunku Karty kredytowej, za który Ubezpieczonemu została naliczona pierwsza opłata i zapłacona przez Ubezpieczającego-Bank na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Składka za danego Ubezpieczonego.
8. W przypadku nienaliczenia którejkolwiek z kolejnych opłat za ochronę ubezpieczeniową i wynikającego z tego braku zapłaty przez Ubezpieczającego-Bank na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Składki za danego Ubezpieczonego odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń wobec tego Ubezpieczonego ulega zawieszeniu na okres, za który Składka nie jest za niego opłacona (okres zawieszenia), z początkiem

dnia następującego po terminie 7 dni od otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty Składki należnej za danego Ubezpieczonego.

9. Ubezpieczony zostanie ponownie objęty ochroną ubezpieczeniową od pierwszego dnia cyklu rozliczeniowego rachunku Karty kredytowej, za który Ubezpieczonemu naliczona została opłata za ochronę ubezpieczeniową i za który Ubezpieczający-Bank opłacił Składkę ubezpieczeniową.
10. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) z chwilą rozwiązania Umowy o Kartę Kredytową Citibank;
 - b) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia;
 - c) śmierci Ubezpieczonego;
 - d) wypłaty świadczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy;
 - e) z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia Składka – w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia CreditShield;
 - f) rozwiązania Umowy ubezpieczenia wskutek wypowiedzenia jej przez Ubezpieczającego-Bank.

§ 8. Prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia

1. Zakład Ubezpieczeń zobowiązany jest do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego oraz Dodatkowego Świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający-Bank jest zobowiązany do zapłaty Składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminach określonych w Polisie.
3. Ubezpieczający-Bank może wskazać adres do doręczeń we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku zmiany danych, o których mowa w ust. 3, Ubezpieczający-Bank obowiązany jest do zawiadomienia o tym Zakładu Ubezpieczeń nie później niż w terminie miesiąca od zajścia tych zmian. W przypadku braku takiego zawiadomienia informacje będą przekazywane Ubezpieczającemu-Bankowi na ostatni znany adres lub w sposób wskazany uprzednio przez Ubezpieczającego-Bank.
5. Zapisy powyższe nie uchybiają innym obowiązkom stron Umowy ubezpieczenia wskazanym w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 9. Ograniczenia odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń

1. Zakład Ubezpieczeń odmówi spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, jak również Dodatkowego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało lub zaszło w następstwie:
 - a) samobójstwa popełnionego w ciągu 12 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub samookaleczenia Ubezpieczonego, a także uszkodzenia ciała na jego prośbę;
 - b) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, zamieszek;
 - c) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - d) czynnego, dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub rozruchach;
 - e) chorób lub w związku z chorobami lub objawami chorób, które pojawią się w ciągu pierwszych 12 miesięcy Okresu ochrony ubezpieczeniowej, a które były rozpoznane lub leczone w okresie 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie Okresu ochrony ubezpieczeniowej;
 - f) choroby psychicznej lub choroby umysłowej oraz nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
 - g) udziału w następujących zajęciach sportowych lub rekreacyjnych: uprawiania sportów spadochronowych, wspinaczki, speleologii, nurkowania przy użyciu akwalungu, uczestnictwa w zawodach sportowych z użyciem pojazdów kołowych, łodzi lub nart wodnych;
 - h) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony znajdował się na pokładzie statku powietrznego i nie był pasażerem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - i) 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. Zakład Ubezpieczeń odmówi spełnienia świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, gdy Nieszczęśliwy wypadek i zgon powstał wskutek następujących zdarzeń:
 - a) choroby psychicznej Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych i ich skutków;
 - b) utraty przytomności, ataku epilepsji lub konwulsji;
 - c) zakażenia wirusem HIV;
 - d) samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - e) umyślnego zaniechania złagodzenia skutków Nieszczęśliwego wypadku polegającego na rezygnacji z niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej, a także odmowie zaleconego leczenia;
 - f) w przypadkach określonych w ust. 1 b)-d) oraz g)-i).
3. Zakład Ubezpieczeń odmówi spełnienia świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane wskutek:
 - a) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza;
 - b) bólów pleców, krzyża i schorzeń powiązanych, niepotwierdzonych dokumentacją medyczną lub wynikami badań radiologicznych albo innych badań medycznych potwierdzających powyższe schorzenia;
 - c) zdarzeń określonych w ust. 1 a)-f).

§ 10. Suma ubezpieczenia

1. Wysokość Sum ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej niezdolności do pracy i Czasowej niezdolności do pracy została określona w pkt 14), 15), 16) i 17) Definicji.

§ 11. Świadczenie ubezpieczeniowe i Dodatkowe Świadczenie ubezpieczeniowe

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Zakład Ubezpieczeń wypłaci Uposażonemu Świadczenie ubezpieczeniowe równe 50% Sumy ubezpieczenia oraz Dodatkowe Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia, aktualnej na dzień, w którym zaszło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Zakład Ubezpieczeń wypłaci Uposażonemu poza świadczeniem wymienionym w ust. 1. dodatkowo Świadczenie ubezpieczeniowe równe 50% Sumy ubezpieczenia oraz Dodatkowe Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia, aktualnej na dzień, w którym zaszło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
3. Uprawnienie do świadczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy powstaje po upływie 180 dni udokumentowanego nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy, która rozpoczęła się w Okresie ochrony ubezpieczeniowej, a przed przejściem Ubezpieczonego na emeryturę.
4. W przypadku wystąpienia Trwałej niezdolności do pracy Zakład Ubezpieczeń wypłaci Uposażonemu zgodnie z pkt 26) Definicji Świadczenie ubezpieczeniowe równe Sumie ubezpieczenia ustalonej w pierwszym dniu wymaganego okresu 180 dni, udokumentowanego, nieprzerwanego trwania Trwałej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem ust. 3.
5. W przypadku wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy Zakład Ubezpieczeń wypłaci Ubezpieczającemu-Bankowi Świadczenie ubezpieczeniowe równe kwocie 10% Salda zadłużenia wykazanego w ostatnim miesięcznym wyciągu z rachunku Karty kredytowej wystawionym przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego, jednak nie mniej niż Minimalną płatność miesięczną, pod warunkiem, że Czasowa niezdolność do pracy trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 30 kolejnych dni.
6. Świadczenie w wysokości określonej w ust. 5 jest płatne za każde pełne 30 następujących po sobie dni Czasowej niezdolności do pracy z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba świadczeń wynosi 12 w przypadku roszczenia z tytułu jednego zdarzenia albo 24 w przypadku roszczenia z tytułu więcej niż jednego zdarzenia. W przypadku, gdy powtórna Czasowa niezdolność do pracy ma miejsce w czasie krótszym niż 180 dni od daty zakończenia poprzedniego stanu Czasowej niezdolności do pracy, odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń rozpoczyna się od pierwszego dnia powtórnej Czasowej niezdolności do pracy i Czasowa niezdolność do pracy jest traktowana jako kontynuacja poprzedniej Czasowej niezdolności do pracy. W takim przypadku maksymalny limit liczby świadczeń wynosi 12, jak w przypadku roszczenia z tytułu jednego zdarzenia.
7. Wypłata świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się w dniu:
 - a) zakończenia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy;
 - b) śmierci Ubezpieczonego;
 - c) uznania stanu Trwałej niezdolności do pracy;
 - d) kiedy Ubezpieczony uzyska prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
 - e) wygaśnięcia Umowy o Kartę Kredytową Citibank lub w ostatnim dniu wypowiedzenia Umowy o Kartę Kredytową Citibank.

§ 12. Wypłata świadczeń ubezpieczeniowych

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Zakład Ubezpieczeń lub Ubezpieczający-Bank przesyła zgłaszającemu roszczenie formularze. Wypełnione formularze powinny zostać odesłane do Zakładu Ubezpieczeń wraz z wszelkimi dokumentami wymaganymi przez Zakład Ubezpieczeń.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Uposażony zobowiązany jest złożyć do Zakładu Ubezpieczeń następujące dokumenty:
 - a) zgłoszenie Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - b) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci Ubezpieczonego, wystawione przez lekarza lub inny uprawniony podmiot;
 - d) w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku – kopię dokumentacji wydanej przez policję, prokuraturę lub inny podmiot albo wskazanie sygnatury dokumentu oraz adresu i nazwy właściwej jednostki policji, prokuratury lub innego podmiotu badającego okoliczności i przyczyny wypadku;
 - e) w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku – dokument poświadczający przejście Ubezpieczonego na emeryturę;
 - f) w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku – kopię dokumentu tożsamości poświadczoną notarialnie lub przez Ubezpieczającego-Bank.
3. W przypadku, gdy roszczenie dotyczy śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia Okresu ochrony ubezpieczeniowej, a należyne świadczenie obejmujące Świadczenie ubezpieczeniowe i Dodatkowe Świadczenie ubezpieczeniowe nie przekracza 5.000 zł (słownie: pięciu tysięcy złotych), Zakład Ubezpieczeń może uznać roszczenie na podstawie dokonanego zgłoszenia roszczenia oraz skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego.
4. W przypadku powstania Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć do Zakładu Ubezpieczeń następujące dokumenty:
 - a) kopię zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy przez okres co najmniej 180 dni;
 - b) zaświadczenie lekarskie wydane do celów rentowych lub pozarentowych;
 - c) kopię dokumentacji medycznej, wyniki badań, uwierzytelnione przez zakład opieki zdrowotnej – o ile są w posiadaniu Ubezpieczonego;
 - d) zaświadczenie lekarskie potwierdzające Trwałą niezdolność do pracy lub orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o uznaniu Ubezpieczonego za niezdolnego do pracy, lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności Ubezpieczonego – o ile dokumenty te zostały wydane.
5. W przypadku wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy u Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy przejawiał Aktywność zawodową, Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć do Zakładu Ubezpieczeń:
 - a) dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę Czasowej niezdolności do pracy (o ile została sporządzona i udostępniona Ubezpieczonemu);

- b) zwolnienie lekarskie lub orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzające Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego;
 - c) kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez odpowiednie organy w ramach swoich kompetencji (np. policji, prokuratury), o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę o ile taka sprawa jest prowadzona, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, o ile został sporządzony, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.
6. W przypadku wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy u Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy nie przejawiał Aktywności zawodowej, Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć do Zakładu Ubezpieczeń:
 - a) kartę leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający Hospitalizację Ubezpieczonego;
 - b) kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez odpowiednie organy w ramach swoich kompetencji (np. policji, prokuratury), o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub podanie nazwy i adresu organu prowadzącego sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile taka sprawa jest prowadzona.
 7. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty urzędowe sporządzone w języku obcym, o których mowa w ust. 2 d)-e), 4 c), 5 c)-d), 6 b), powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 8. W przypadku zgłoszenia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczający-Bank przekazuje Zakładowi Ubezpieczeń kopię wniosku o wydanie Karty kredytowej Citibank lub oświadczenie o dacie początku ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego oraz zaświadczenie o wysokości Salda zadłużenia w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 9. Zakład Ubezpieczeń przed wypłatą świadczenia ma prawo zażądać dostarczenia dodatkowej dokumentacji potwierdzającej zasadność roszczenia oraz skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie wykonywane przez lekarza wyznaczonego przez Zakład Ubezpieczeń i na koszt Zakładu Ubezpieczeń.
 10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w formie przelewu bankowego na rachunek Karty kredytowej, z wyjątkiem Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz Dodatkowego Świadczenia ubezpieczeniowego, które wypłacane są na rachunek wskazany przez Uposażonego.
 11. Świadczenie ubezpieczeniowe lub Dodatkowe Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w terminie 30 dni od dnia:
 - a) zgłoszenia roszczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) zgłoszenia roszczenia w przypadku Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, jeśli zostały spełnione warunki określone w § 11 ust. 3;
 - c) zgłoszenia roszczenia w przypadku Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, jeśli zostały spełnione warunki określone w § 11 ust. 5.
 12. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń, przy zachowaniu należytej staranności, w terminie określonym w ust. 11 nie było możliwe, Zakład Ubezpieczeń wypłaca Świadczenie ubezpieczeniowe lub Dodatkowe Świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego Zakład Ubezpieczeń wypłaca w terminie określonym w ust. 11.
 13. Osoba niezadowolona z decyzji Zakładu Ubezpieczeń, a uprawniona do Świadczenia ubezpieczeniowego lub Dodatkowego Świadczenia ubezpieczeniowego może wnieść odwołanie do Zarządu Zakładu Ubezpieczeń lub Dyrektora odpowiedzialnego za wypłatę świadczeń ubezpieczeniowych, w terminie 30 dni od dnia otrzymania pisemnego powiadomienia o decyzji Zakładu Ubezpieczeń. Skorzystanie z tej możliwości jest prawem, a nie obowiązkiem osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego lub Dodatkowego Świadczenia ubezpieczeniowego. Zarząd Zakładu Ubezpieczeń lub Dyrektor odpowiedzialny za wypłatę świadczeń ubezpieczeniowych ustosunkuje się na piśmie do odwołania strony w terminie 14 dni od dnia otrzymania odwołania.
 14. Osoba niezadowolona z decyzji Zakładu Ubezpieczeń, a uprawniona do Świadczenia ubezpieczeniowego lub Dodatkowego Świadczenia ubezpieczeniowego może dochodzić swoich roszczeń na zasadach określonych w § 13 i § 14.

§ 13. Sąd właściwy do rozstrzygnięcia sporów

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla siedziby Ubezpieczającego-Banku, Ubezpieczonego, Uposażonego – lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

§ 14. Skargi i zażalenia dotyczące Umowy ubezpieczenia

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy ubezpieczenia winny być przysyłane na adres siedziby Zakładu Ubezpieczeń do Departamentu

Obsługi Klienta pisemnie, faksem lub e-mailem. Skargi i zażalenia mogą być wnoszone również telefonicznie. Składający skargę lub zażalenie powinien przekazać jej do Zakładu Ubezpieczeń niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenie. Zakład Ubezpieczeń w ciągu 14 dni od dnia otrzymania wysłał do osoby skarżącej odpowiedź na skargę lub zażalenie.

2. Ubezpieczający-Bank, Ubezpieczony, osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego oraz osoba uprawniona do Dodatkowego Świadczenia ubezpieczeniowego może w każdym czasie wnieść do Zarządu Zakładu Ubezpieczeń zażalenie dotyczące Umowy ubezpieczenia. Zarząd Zakładu Ubezpieczeń lub osoba przez niego upoważniona ustosunkuje się do zażalenia w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.
3. Ubezpieczający-Bank, Ubezpieczony, Uposażony, uprawniony z Umowy ubezpieczenia lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do miejscich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 15. Postanowienia końcowe

1. Wszelkie oświadczenia Zakładu Ubezpieczeń i Ubezpieczającego-Banku dotyczące Umowy ubezpieczenia będą sporządzane pod rygorem nieważności w formie pisemnej i doręczane na ostatni znany adres drugiej strony za potwierdzeniem odbioru.
2. Korespondencja przekazywana do Ubezpieczonego za pośrednictwem Ubezpieczającego-Banku będzie wysyłana pod ostatni wskazany Ubezpieczającemu-Bankowi przez Ubezpieczonego adres do korespondencji.

§ 16

1. Za porozumieniem stron Umowy ubezpieczenia do Umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzane postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
2. Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia Zakład Ubezpieczeń jest zobowiązany przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu-Bankowi wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, w tym określenie zmian na niekorzyść Ubezpieczonego, w terminie 60 dni przed planowanym wprowadzeniem zmian w życie.
3. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający-Bank obowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu na piśmie informacji o zmianie Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tej zmiany na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartego ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego-Bank zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ust. 4 powyżej, Ubezpieczający-Bank ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
6. O ile strony Umowy ubezpieczenia nie postanowią inaczej, zmiany Umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2-5, nie będą dotyczyć Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia przed datą wprowadzenia tych zmian.

§ 17

Wszelkie podatki związane z Umową winny 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. ustawą z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz.U. z 2012, poz. 361 z późn. zm.) i ustawą z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tj. Dz.U. z 2011 Nr 74, poz. 397).

§ 18

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa.

§ 19

Zmiany do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wchodzi w życie dnia 15.05.2014 r.


Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

MetLife®

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

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 KR5 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: czynne od pn. do pt. w godz. 8.00-18.00, tel. +48 22 523 52 64
© MetLife TUNŻIR S.A., 2014 PEANUTS © 2014 Peanuts Worldwide