

Karta Produktu

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o **Ubezpieczeniu „Super Bezpieczne Raty” („Ubezpieczenie”)**. Karta Produktu nie jest częścią Umowy Ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. („Towarzystwo”) w celu stosowania przez Bank Handlowy w Warszawie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 16 („Bank”) na podstawie Rekomendacji U z dnia 24 czerwca 2014 r., dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance oraz Wytycznych dla zakładów ubezpieczeń dotyczących dystrybucji ubezpieczeń wydanych przez Komisję Nadzoru Finansowego i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie oraz pomóc Klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zawarciu Umowy Ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza z **Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia „Super Bezpieczne Raty” („OWU”)**, w których znajdują się szczegółowe informacje o Ubezpieczeniu. Pojęcia pisane dużą literą mają znaczenie określone w OWU.

Jeśli cechy produktu zawarte w niniejszej Karcie nie są zrozumiałe lub dopasowanie produktu do potrzeb budzi wątpliwość, należy przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia skorzystać z pomocy Towarzystwa lub Banku w tym zakresie.

Podstawowe dane dotyczące ubezpieczenia

1. Ubezpieczony/Ubezpieczający/Uposażony

Ubezpieczającym – czyli osobą zawierającą Umowę Ubezpieczenia na życie z Towarzystwem może być osoba fizyczna, która w dniu zawarcia tej umowy ukończyła 18 lat i nie ukończyła 86 lat.

Ubezpieczonym może być tylko Ubezpieczający.

Ubezpieczenie jest oferowane wyłącznie dla Klientów, którzy już zawarli Umowę pożyczki i nie są objęci ubezpieczeniem na podstawie OWU „Bezpieczne Raty”.

Uposażonym jest osoba wskazana przez Ubezpieczającego przy składaniu wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia jako uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

Ubezpieczający ma prawo do zmiany Uposażonego w dowolnym czasie trwania Umowy Ubezpieczenia poprzez złożenie do Towarzystwa lub Banku stosownego oświadczenia.

2. Towarzystwo

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie (00-450), przy ul. Przemysłowej 26, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06. Zakres obowiązków Towarzystwa względem Klienta obejmuje w szczególności obsługę roszczeń ubezpieczeniowych i wypłatę świadczeń.

3. Rola Agenta Ubezpieczeniowego

Bank Handlowy w Warszawie S.A., z siedzibą w Warszawie (kod: 00-923) przy ul. Senatorskiej 16, wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000001538, o numerze NIP: 526-03-00-291, o opłaconym w całości kapitale zakładowym w wysokości 522 638 400 zł, działa jako agent ubezpieczeniowy wykonujący czynności agencyjne na rzecz Towarzystwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, pod numerem 11120807/A. Klient ma możliwość sprawdzenia wpisu Banku do tego rejestru poprzez złożenie odpowiedniego wniosku do Komisji Nadzoru Finansowego, w szczególności w formie pisemnej lub telefonicznej, lub poprzez stronę internetową: https://au.knf.gov.pl/Au_online.

Bank wykonuje działalność agencyjną także na rzecz następujących zakładów ubezpieczeń: Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., Europ Assistance Holding, Europ Assistance Limited Company Oddział w Irlandii, MetLife Europe Insurance DAC, PZU Życie S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Warta S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Warta S.A.

Zakres obowiązków Banku obejmuje w szczególności informowanie o warunkach Ubezpieczenia oraz zasadach zawarcia Umowy Ubezpieczenia, przedstawianie i odbieranie od Ubezpieczających niezbędnych dokumentów do zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub innych dyspozycji dotyczących Umowy Ubezpieczenia, w tym zgłoszenia roszczeń ubezpieczeniowych, a następnie przekazywanie dokumentów do Towarzystwa. Bank, jako agent ubezpieczeniowy, otrzymuje od Towarzystwa prowizję lub inny rodzaj wynagrodzenia uwzględniony w kwocie składki ubezpieczeniowej, stanowiące odpowiedni jej procent. Bank może również otrzymywać od Towarzystwa innego rodzaju korzyść finansową lub niefinansową w związku z działalnością w zakresie dystrybucji ubezpieczeń i udziałem w przedsięwzięciach promocyjnych dedykowanych dla Banku jako dystrybutora.

4. Typ umowy ubezpieczenia

Indywidualne umowy ubezpieczenia zawierane pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem.

5. Główny cel Ubezpieczenia

Ubezpieczenie ma charakter ochronny.

6. Cechy Ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego Ubezpieczenia jest ochrona życia, zdrowia Ubezpieczonego.

Wysokość świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo, w zależności od rodzaju świadczenia, powiązana jest z wartością pożyczki gotówkowej lub jej rat, zgodnie z Harmonogramem pożyczki gotówkowej. W każdym czasie w trakcie obowiązywania Umowy pożyczki Ubezpieczający, na swój wniosek, ma prawo do otrzymania bezpłatnie Harmonogramu spłaty.

7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej

SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- 1) W przypadku osób, które w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub Podwyższenia kapitału nie ukończyły 65. roku życia, zakres Ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - Czasową niezdolność do pracy dla Ubezpieczonych, którzy w dniu rozpoczęcia tej niezdolności są Aktywni zawodowo, albo
 - Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku dla Ubezpieczonych, którzy w dniu rozpoczęcia Hospitalizacji nie są Aktywni zawodowo,
 - Poważną chorobę Ubezpieczonego,
 - Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
- 2) W przypadku osób, które w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub Podwyższenia kapitału ukończyły 65. rok życia, a nie ukończą 86. roku życia w dniu zakończenia Umowy Ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia określony w Polisie obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - śmierć Ubezpieczonego z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek,
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

8. Początek ochrony ubezpieczeniowej

Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w dniu, w którym przypada dzień płatności pierwszej Miesięcznej raty po zawarciu Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki.

Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na czas trwania Miesięcznego okresu ochrony, za który została opłacona Składka, a następnie jest przedłużana na kolejny taki okres, pod warunkiem opłacenia Składki.

Okres Ubezpieczenia jest równy okresowi, na jaki zawarta została Umowa pożyczki, zgodnie z pierwotnym Harmonogramem spłat pożyczki, z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w pkt. 9.

9. Koniec ochrony ubezpieczeniowej

Umowa Ubezpieczenia wygasa w dniu wystąpienia pierwszego z określonych poniżej zdarzeń:

- śmierci Ubezpieczonego,
- z końcem Miesięcznego okresu ochrony, w którym zdiagnozowano Poważną Chorobę, jeśli Towarzystwo podjęło decyzję o wypłacie świadczenia z tego tytułu,
- z końcem Miesięcznego okresu ochrony, w którym Towarzystwo stwierdziło Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
- odstąpienia od Umowy pożyczki,
- z końcem Miesięcznego okresu ochrony, w którym dokonano wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia,
- upływu okresu wskazanego w Harmonogramie, który pozostał do końca okresu, na jaki została udzielona pożyczka na podstawie Umowy pożyczki,
- wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie ubezpieczenia w odniesieniu do tej samej Umowy pożyczki,
- w przypadku wcześniejszej, całkowitej spłaty zadłużenia wynikającego z Umowy pożyczki,
- w przypadku rozwiązania Umowy pożyczki, w terminie wcześniejszym niż określony w Harmonogramie,
- w przypadku podwyższenia kapitału pożyczki, za wyjątkiem Podwyższenia kapitału po potwierdzeniu przez Ubezpieczonego dobrego stanu zdrowia w odpowiedzi na pytanie Towarzystwa,
- w przypadku nieopłacenia Składki – z upływem prolongaty płatności Składki równej Miesięcznemu okresowi ochrony (nie dotyczy pierwszej Składki, której nieopłacenie powoduje, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się),
- z końcem Miesięcznego okresu ochrony, w którym Ubezpieczony ukończył 86. rok życia.

10. Składka ubezpieczeniowa

SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- 1) Wysokość Składki jest ustalana z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu Ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy Ubezpieczenia, a także charakterystyki Umowy pożyczki.
- 2) Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w walucie polskiej za każdy Miesięczny okres ochrony, z dołu, w dniu, w którym przypada zapłata Miesięcznej raty pożyczki zgodnie z terminem wskazanym w aktualnym Harmonogramie, za poprzedni Miesięczny okres ochrony.
- 3) Składka za **pierwszy** Miesięczny okres ochrony kalkulowana jest jako iloczyn stawki 0,300% i Salda zadłużenia na dzień płatności pierwszej Miesięcznej raty. Płatna jest wg Harmonogramu w dniu płatności drugiej Miesięcznej raty. Nieopłacenie Składki za pierwszy Miesięczny okres ochrony powoduje, że Ubezpieczenie się nie rozpocznie.
- 4) Składka za **drugi** Miesięczny okres ochrony kalkulowana jest jako iloczyn stawki 0,300% i Salda zadłużenia ustalonego wg Harmonogramu na dzień płatności drugiej Miesięcznej raty. Płatna jest w dniu płatności **trzeciej** Miesięcznej raty. Składki za kolejne Miesięczne okresy ochrony kalkulowane są w sposób analogiczny. Od drugiego Miesięcznego okresu ochrony przysługuje prolongata płatności Składki na okres równy Miesięcznemu okresowi ochrony.
- 5) Wysokość Składki z tytułu Ubezpieczenia jest określona w Polisie.

- 1) Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu:
 - a) śmierci Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub Podwyższenia kapitału nie ukończył 65. roku życia lub
 - b) śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub Podwyższenia kapitału ukończył 65. rok życia,wynosi:
 - 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, nie więcej niż 150.000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
- 2) **Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego**, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub Podwyższenia kapitału ukończył 65. rok życia, wynosi 12-krotność Miesięcznej raty wynikającej z Harmonogramu aktualnego na dzień płatności ostatniej Miesięcznej raty bezpośrednio przed śmiercią Ubezpieczonego lub przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do śmierci Ubezpieczonego nie minęło 12 miesięcy.
- 3) **Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub Hospitalizacji Ubezpieczonego** (zgodnie z pkt. 7 powyżej):

W przypadku Czasowej niezdolności do pracy pierwsze miesięczne świadczenie wypłacane jest za pierwsze 30 dni potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy. Kolejne miesięczne świadczenie naliczane jest za każdy dzień, począwszy od 31. dnia potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy w wysokości 1/30 miesięcznego świadczenia, przy czym świadczenia są wypłacane w cyklach miesięcznych.

W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku pierwsze miesięczne świadczenie płatne jest za pierwszych 7 następujących po sobie dni Hospitalizacji. Kolejne świadczenie naliczane jest za każdy dzień Hospitalizacji, począwszy od 8. dnia, w wysokości 1/30 miesięcznego świadczenia, przy czym świadczenia są wypłacane w cyklach miesięcznych.
- 4) **Świadczenie z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego**

W przypadku zachorowania w okresie Ubezpieczenia na jedną z Poważnych chorób należne świadczenie równe Sumie ubezpieczenia z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego jest wypłacane Ubezpieczonemu i nie więcej niż 150.000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia. W przypadku zajścia zdarzenia Towarzystwo wypłaci świadczenie pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez kolejno następujące po sobie 30 dni od daty rozpoznania Poważnej choroby.
- 5) **Świadczenie w przypadku Trwałej niezdolności do pracy**

W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, nie więcej niż 150.000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych, pomniejszone o Składki nieopłacone, należne do momentu zdarzenia. Świadczenie jest należne, jeżeli w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy Choroby powodujących Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego Ubezpieczony był objęty Ubezpieczeniem oraz był Aktywny zawodowo i nie ukończył 65. roku życia.

W przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy Choroby powodujących Trwałą niezdolność do pracy mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli Aktywni zawodowo, za Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:

 - całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
 - całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
 - całkowitej głuchocie, spowodowanej urazem, lub
 - stracie dolnej szczęki, lub
 - całkowitej stracie mowy, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
 - całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
 - całkowitej stracie obu nóg, lub
 - całkowitej stracie obu stóp, lub
 - stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
 - całkowitym paraliżem kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu), lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
 - całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
 - całkowitym paraliżem kończyny dolnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwu).

Od daty Nieszczęśliwego wypadku do momentu uznania, iż spowodował on Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, jednak w przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w ust. 3 powyżej Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego zostaje stwierdzona z datą Nieszczęśliwego wypadku, a warunku dotyczącego upływu okresu 12 miesięcy nie stosuje się.

12. Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia (rozumiana jako łączna, górna granica odpowiedzialności Towarzystwa, obejmująca Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, Sumę ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy bądź Hospitalizacji) nie może być większa niż 150.000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych.

- 1) **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego** –
 - a) Jeśli nie nastąpiło Podwyższenie kapitału: Saldo zadłużenia ustalone na dzień śmierci Ubezpieczonego, powiększone o kwotę odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty pożyczki w ramach Umowy pożyczki, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień śmierci.
 - b) Jeśli nastąpiło Podwyższenie kapitału: w przypadku **śmierci w wyniku NW** – Saldo zadłużenia ustalone na dzień płatności Miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed śmiercią Ubezpieczonego, powiększone o kwotę odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty pożyczki w ramach Umowy pożyczki, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień śmierci. W przypadku **śmierci**

z przyczyn innych niż NW – dotyczy wyłącznie osób, które w dniu Podwyższenia kapitału nie ukończyły 65 lat – Saldo zadłużenia ustalone na dzień płatności Miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do śmierci Ubezpieczonego nie minęło 12 miesięcy, powiększone o kwotę odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty pożyczki w ramach Umowy pożyczki, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień śmierci.

Jeśli od dnia Podwyższenia kapitału upłynęło więcej niż 12 miesięcy – Saldo zadłużenia ustalone na dzień płatności Miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed śmiercią Ubezpieczonego, powiększone o kwotę odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty pożyczki w ramach Umowy pożyczki, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień śmierci.

- 2) **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy wypadek** – dotyczy wyłącznie osób, które w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub Podwyższenia kapitału ukończyły 65 lat. Jest to kwota stanowiąca sumę równą 12-krotności Miesięcznej raty wynikającej z Harmonogramu aktualnego na dzień płatności ostatniej Miesięcznej raty bezpośrednio przed śmiercią Ubezpieczonego lub przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do śmierci Ubezpieczonego nie minęło 12 miesięcy.
- 3) **Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy** – Saldo zadłużenia ustalone na dzień płatności Miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy Choroby powodujących Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy Choroby powodujących Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego nie minęło 12 miesięcy, powiększone o kwotę odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty pożyczki w ramach Umowy pożyczki, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy Choroby powodujących Trwałą niezdolność do pracy.
- 4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego** – Saldo zadłużenia ustalone na dzień płatności Miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed zdiagnozowaniem u Ubezpieczonego jednej z Poważnych chorób lub przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do dnia diagnozy nie minęło 12 miesięcy, powiększone o kwotę odsetek będących częścią kapitałowo-odsetkowej raty pożyczki w ramach Umowy pożyczki, wynikającej z Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień płatności miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed zdiagnozowaniem u Ubezpieczonego jednej z Poważnych chorób lub przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do dnia diagnozy nie minęło 12 miesięcy.
- 5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy bądź Hospitalizacji** – 12-krotność kwoty równej 100% Miesięcznej raty wynikającej z Harmonogramu aktualnego na dzień płatności Miesięcznej raty przypadającej bezpośrednio przed rozpoczęciem Czasowej niezdolności do pracy lub przed Podwyższeniem kapitału, jeśli od dnia Podwyższenia kapitału do rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego nie minęło 12 miesięcy, ale nie więcej niż 15.000 (piętnaście tysięcy) złotych miesięcznie.

13. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

SZCZEGÓLNIE WAŻNE

1. Ubezpieczenie nie obejmuje **Zdarzeń ubezpieczeniowych** powstałych na skutek:
 - 1) Choroby lub Poważnej Choroby zdiagnozowanej lub leczonej w ciągu 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej lub poprzedzających dzień, w którym nastąpiło Podwyższenie kapitału i będącej przyczyną bezpośrednią wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w ciągu pierwszych 12 miesięcy od zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub od dnia, w którym nastąpiło Podwyższenie kapitału,
 - 2) samobójstwa popełnionego w ciągu 12 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub samookaleczenia Ubezpieczonego, a także uszkodzenia ciała na jego prośbę,
 - 3) wojny, działań zbrojnych, strajku, zamieszek lub aktów terroryzmu,
 - 4) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz udziału Ubezpieczonego w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym,
 - 5) spożycia, spożywania lub pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażycia środków odurzających lub psychotropowych, pobudzających, halucynogennych, narkotyków, innych środków o podobnym działaniu, jeżeli nie zostały zalecone przez lekarza odpowiedzialnej specjalizacji w ramach leczenia.
2. Dodatkowo Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli **Czasowa niezdolność do pracy lub Hospitalizacja** Ubezpieczonego wystąpiły wskutek:
 - 1) wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - 2) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - 3) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową Ubezpieczenia.
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli **Trwałą niezdolność do pracy** nastąpiła na skutek:
 - 1) nieudanej próby samobójstwa Klienta, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - 3) niesprawności stwierdzonej na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa zawarte są w OWU w artykule 10.

14. Odstąpienie/Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia

Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia, jak również ma prawo do wypowiedzenia tej Umowy Ubezpieczenia w całym okresie jej obowiązywania. W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia całość Składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu za pośrednictwem Agenta w terminie 30 dni liczonych od dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia ta ulega rozwiązaniu z upływem danego Miesięcznego okresu ochrony, tj. z dniem wymagalności (włącznie z tym dniem) najbliższej (ustalonej zgodnie z Harmonogramem) Miesięcznej raty przypadającej po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia.

15. Zasady i tryb zgłaszania Zdarzenia ubezpieczeniowego

Bezpośrednio do Towarzystwa niezwłocznie po wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres:

- Departament Roszczeń MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa.

Zdarzenia ubezpieczeniowe mogą być również zgłaszane bezpośrednio do Banku: Zespół Obsługi Produktów Ubezpieczeniowych i Inwestycyjnych, Bank Handlowy w Warszawie S.A., ul. Pstrowskiego 16, 10-602 Olsztyn.

Wszelkie odwołania oraz zażalenia związane z decyzją Towarzystwa o nieuznaniu lub niesatysfakcjonującym uznaniu roszczenia lub z trybem rozpatrywania roszczeń należy kierować do Towarzystwa zgodnie z zasadami w pkt. 16. Osobom uprawnionym przysługuje również prawo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

16. Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania skarg i Reklamacji oraz mediacja

- 1) Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - a) pisemnie na adres siedziby Towarzystwa: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: kontakt@metlife.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem +48 22 523 52 64,
 - d) osobiście w siedzibie Towarzystwa,
 - e) w Banku w formie:
 - pisemnej – złożonej osobiście w Oddziale Banku w godzinach pracy Oddziału, albo przesłanej na adres: Citi Handlowy, Departament Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Golezowska 6, 01-249 Warszawa,
 - ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w Oddziale Banku,
 - elektronicznej – na adres poczty elektronicznej Banku, przez Citibank Online po zalogowaniu w zakładce „Kontakt z bankiem” oraz na stronie www.citibank.pl korzystając z formularza reklamacyjnego.

Aktualne dane kontaktowe umożliwiające złożenie Reklamacji są dostępne na stronie internetowej Banku (www.citibank.pl) w Procedurze składania i rozpatrywania skarg/reklamacji.

- 2) Każda Reklamacja złożona zgodnie z pkt. 1) rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania przez Towarzystwo lub Bank.
- 3) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w pkt 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.

O ile składający Reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona przez Towarzystwo lub Agenta w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia Reklamacji.

„Polityka rozpatrywania Reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.

Osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia, może zwrócić się w sprawie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

Towarzystwo wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej znajdują się 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.
- 4) Bank jako agent ubezpieczeniowy udziela odpowiedzi na Reklamacje w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

17. Opodatkowanie świadczeń

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

18. Wpływ Ubezpieczenia na dostępność produktów bankowych

Ubezpieczenie jest dobrowolne i nie wpływa na dostępność produktów bankowych oferowanych przez Bank. Klient ma możliwość wyboru innego ubezpieczyciela niż współpracujący z Bankiem. W takim przypadku Bank nie wyznacza akceptowanego minimalnego zakresu ochrony, który uznaje za wystarczający dla zabezpieczenia swoich roszczeń.

19. Dostęp Klienta do dodatkowych informacji

Dodatkowych informacji o postanowieniach zawartej Umowy Ubezpieczenia oraz warunkach ubezpieczenia Klient może żądać u uprawnionych przedstawicieli Banku lub Towarzystwa.

20. Inne ważne informacje

- 1) W przypadkach i w zakresie określonym w art. 98 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą być zaspokojone częściowo ze środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.
- 2) Ubezpieczenie na podstawie OWU „Super Bezpieczne Raty” nie jest zobowiązaniem ani nie jest gwarantowane przez Bank Handlowy w Warszawie S.A., ani przez żaden z podmiotów powiązanych lub zależnych, ani przez Bankowy Fundusz Gwarancyjny.



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. MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.
Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 52 64, e-mail: kontakt@metlife.pl, Internet: www.metlife.pl
© MetLife TUnŻiR S.A., 2018