

### §1. Definicje

1. **„Towarzystwo”** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Przemysłowa 26.
2. **„Ubezpieczający”** – Santander Consumer Bank Polska S.A., z siedzibą we Wrocławiu, ul. Strzegomska 42c
3. **„Umowa”** – Umowa Kredytowego Grupowego Ubezpieczenia na Życie zawarta pomiędzy Towarzystwem i Ubezpieczającym.
4. **„Ubezpieczenie”** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Umowy.
5. **„Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej”** – dzień, w którym Ubezpieczony zostaje objęty Ubezpieczeniem.
6. **„Klient”** – każda osoba, która zawarła umowę kredytową z Ubezpieczającym.
7. **„Umowa kredytowa”** – umowa o przyznanie limitu kredytowego i wydanie karty.
8. **„Ubezpieczony”** – Klient, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem.
9. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota, określona w § 10 poniżej.
10. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – niezależnie od woli Ubezpiezonego przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy.
11. **„Składka”** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy.
12. **„Okres rozliczeniowy”** – powtarzalny odcinek czasu, w którym dokonywane są rozliczenia transakcji i operacji na rachunku karty, kończący się w dniu generowania wyciągu z rachunku karty.
13. **„Saldo zadłużenia”** – kwota zadłużenia na rachunku karty Klienta, na które składa się saldo wynikające z transakcji i opłat, odsetki, pomniejszone o bieżącą ratę, saldo wynikające z planu spłat ratalnych oraz bieżąca rata planu spłat ratalnych.

### §2. Przedmiot Umowy

Przedmiotem niniejszej Umowy jest objęcie Klientów przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia na:

- życie,
- wypadek trwałego i całkowitego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku, oraz
- wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

### §3. Kwalifikacja

1. Każdy Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli ukończył 18 lat i nie ukończył 68 lat w dniu zawarcia Umowy kredytowej.
2. Uznaje się, że Klient kończy 68 lat pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie jego 68-tych urodzin.

### §4. Uczestnictwo

Każdy zakwalifikowany Klient zostanie objęty Ubezpieczeniem, jeżeli złoży deklarację o objęcie go Ubezpieczeniem:

- a. W dniu podpisania Umowy kredytowej lub
- b. W trakcie trwania Umowy kredytowej.

### §5. Data rozpoczęcia, okres trwania i zakończenia Ubezpieczenia

1. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia dla indywidualnego Klienta jest data podpisania Umowy kredytowej i deklaracji, o której mowa w § 4 powyżej lub w przypadku gdy Klient nie wyraził zgody na przystąpienie do ubezpieczenia przy podpisywaniu Umowy kredytowej – będzie to dzień, w którym Klient złożył w terminie późniejszym Ubezpieczającemu deklarację o objęcie go Ubezpieczeniem.
2. Ubezpieczenie każdego indywidualnego Klienta wygasa we wcześniejszym z terminów:
  - a. w dniu wygaśnięcia Umowy kredytowej,
  - b. w dniu osiągnięcia przez Klienta wieku 68 lat, przy czym uznaje się, że Klient kończy 68 lat pierwszego dnia okresu rozliczeniowego następującego po dacie jego 68-tych urodzin.
  - c. z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację, o której mowa w § 6.

### §6. Rezygnacja z ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z Ubezpieczenia w każdym czasie trwania okresu ubezpieczenia. Ubezpieczony składa rezygnację w formie pisemnej.
2. Jeśli Ubezpieczony rezygnuje w ciągu 30 dni od daty rozpoczęcia Ubezpieczenia i jeśli Składka zostanie pobrana, wówczas Składka w całości zostanie zwrócona Ubezpieczającemu. Składka zostanie zwrócona w terminie do ostatniego dnia kolejnego okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację.
3. Jeśli Ubezpieczony rezygnuje z Ubezpieczenia po upływie 30 dni od daty rozpoczęcia Ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczenie trwa do końca okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację. W ostatnim dniu tego okresu, pobrana zostanie ostatnia Składka

### §7. Świadczenia z tytułu „Ubezpieczenia na życie”

W razie śmierci Ubezpiezonego z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, obliczonej na datę śmierci Ubezpiezonego jest należne Ubezpieczającemu.

### § 8. Świadczenie z tytułu „Ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku”

1. W razie śmierci Ubezpiezonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, świadczenie, równe podwójnej Sumie ubezpieczenia (200%) obliczonej na datę śmierci Ubezpiezonego jest należne w częściach równych:
  - 100% Sumy Ubezpieczenia – Ubezpieczającemu,
  - 100% Sumy Ubezpieczenia – małżonkowi Ubezpiezonego. W przypadku braku małżonka świadczenie

to zostanie wypłacone dzieciom Ubezpiezonego. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpiezonego. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone Spadkobiercom Ubezpiezonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

2. Ubezpieczony ma prawo do wskazania innej osoby, uprawnionej do otrzymania Sumy ubezpieczenia przez złożenie pisemnego wniosku do Towarzystwa. W tym celu Ubezpieczony musi złożyć oświadczenie i podać następujące informacje:
  - nr Umowy kredytowej,
  - imię i nazwisko Ubezpiezonego,
  - nr polisy grupowej 9981,
  - imię i nazwisko osoby uprawnionej (Uposażonego),
  - data urodzenia Uposażonego,
  - adres do korespondencji Uposażonego.

W przypadku podania niepełnych danych, uniemożliwiających weryfikację tożsamości Uposażonego, świadczenie zostanie wypłacone Spadkobiercom Ubezpiezonego.

### §9. Świadczenia z tytułu „Ubezpieczenia na wypadek trwałego i całkowitego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku”

1. W razie stwierdzenia trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpiezonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z zapisami pkt 2 poniżej, świadczenie w kwocie Sumy ubezpieczenia obliczonej na datę Nieszczęśliwego wypadku jest należne Ubezpieczonemu.
2. Trwałe i całkowite inwalidztwo oznacza trwałą i całkowitą niezdolność Ubezpiezonego do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie do końca życia, w następstwie uszkodzenia ciała na skutek Nieszczęśliwego wypadku. Całkowite inwalidztwo można uznać za trwałe po upływie nieprzerwanego okresu co najmniej 180 dni od dnia powstania tego inwalidztwa. Jednakże w razie całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn (na wysokości nadgarstka, kostki lub powyżej) można zrezygnować ze 180 dniowego okresu oczekiwania i niezwłocznie orzec trwałe i całkowite inwalidztwo.

Trwałe i całkowite inwalidztwo stwierdza lekarz powołany przez Towarzystwo. Towarzystwo może dodatkowo skierować Ubezpiezonego na konsultację medyczną w celu potwierdzenia trwałego i całkowitego charakteru inwalidztwa.

### §10. Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia każdego Ubezpiezonego jest równa saldu zadłużenia Ubezpiezonego na jego rachunku karty kredytowej, obliczanemu na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z §7, §8 lub §9 powyżej oraz, w przypadku śmierci Ubezpiezonego, należnej Składce za okres rozliczeniowy, w którym nastąpił zgon Ubezpiezonego, obliczonej ostatniego dnia okresu rozliczeniowego, na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego. Każdy Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową maksymalnie na sumę przyznanego mu przez Ubezpieczającego limitu kredytowego z zastrzeżeniem, że maksymalna Suma ubezpieczenia wynosi 30.000 złotych (słownie: trzydzieści tysięcy złotych). W przypadku, gdy Ubezpieczony w tym samym czasie posiada więcej niż jedną Umowę kredytową, Suma ubezpieczenia z tytułu ochrony ubezpieczeniowej tego Ubezpiezonego na podstawie niniejszej Umowy wynosi nie więcej niż limit określony powyżej, niezależnie od ilości zawartych Umów kredytowych.

### §11. Opłata Składek

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku i płci Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
2. Składki płatne są miesięcznie za każdego Ubezpiezonego.
3. Wysokość Składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpiezonego, obliczana jest jako wartość procentowa salda zadłużenia na rachunku karty kredytowej, ustalonego na ostatni dzień okresu rozliczeniowego.

### §12. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje śmierci ani inwalidztwa spowodowanego bądź wynikającego bezpośrednio lub pośrednio, w całości lub części, z dowolnego z poniższych czynników:

1. Choroby lub niepełnosprawności występujących na 12 miesięcy przed dniem wejścia w życie ochrony ubezpieczeniowej i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy w ciągu 3 pierwszych miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony;
2. Zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) oraz dowolnej choroby związanej z AIDS lub wirusem HIV;
3. Przelotu Ubezpiezonego dowolnego rodzaju samolotem lub innym powietrznym środkiem transportu, za wyjątkiem przelotu jako pasażera w samolocie zarejestrowanego przewoźnika publicznego świadczącego usługi przewozu pasażerów na oficjalnej trasie oraz za wyjątkiem transportu jako pacjent, poszkodowany, pomocnik lub opiekun w samolocie lub śmigłowcu-ambulansie służby zdrowia lub służb ratowniczych;
4. Samobójstwa popełnionego niezależnie od stanu psychiczności;
5. Samookaleczenia popełnionego niezależnie od stanu poczytalności;
6. Przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
7. Wojny domowej, wojny, inwazji lub działań zbrojnych, działań nieprzyjaciela, działań wojennych, przewartu, buntu, rozruchów, strajku, zamieszek, rebelii, rewolucji, powstania, aktów terroryzmu w zakresie, w jakim Ubezpieczony uczestniczy w tych zajęciach z jakiegokolwiek przyczyny;
8. Służby wojskowej w siłach zbrojnych lub siłach bezpieczeństwa dowolnego kraju;
9. Napaści lub usiłowania napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia dowolnego przestępstwa oraz udziału w dowolnym działaniu przestępczym.

### §13. Roszczenia

#### 1. Zawiadomienie o roszczeniu

Zgłoszenie roszczenia powinno być skierowane do Towarzystwa bezpośrednio lub za pośrednictwem

Ubezpieczającego. Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia Towarzystwo niezwłocznie prześle osobom uprawnionym odpowiednie formularze:

W przypadku śmierci Ubezpiezonego (śmierć naturalna lub na skutek Nieszczęśliwego wypadku): *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie Ubezpiezonego/Spadkobiercy/ Uposażonego* oraz *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie lekarza (dokumentacja zgonu)*, które po wypełnieniu powinny zostać przesłane Towarzystwu. W przypadku braku możliwości wypełnienia formularza *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie lekarza* należy przesyłać do Towarzystwa kopię statystycznej karty zgonu osoby Ubezpieczonej lub jakiegokolwiek inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu.

Jeżeli zgon Ubezpiezonego nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku Uposażony lub inna uprawniona osoba przesyła Towarzystwu kopię protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podaje nazwę i adres placówki prowadzącej odpowiednie postępowanie w sprawie wypadku. Ponadto w przypadku, gdy świadczenie z tytułu śmierci Ubezpiezonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku ma być, zgodnie z Umową, wypłacone Spadkobiercom, wymagana będzie kopia *Postanowienia o nabyciu spadku*.

Wraz z powyższymi formularzami należy przesyłać również odpis skrócony aktu zgonu osoby ubezpieczonej. W razie trwałego i całkowitego inwalidztwa: *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie Ubezpiezonego/Spadkobiercy/Uposażonego* oraz *Wniosek o świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie lekarza (dokumentacja całkowitego i trwałego inwalidztwa)*, które po wypełnieniu powinny zostać przesłane Towarzystwu wraz kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę trwałego i całkowitego inwalidztwa oraz kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej odpowiednie postępowanie w sprawie wypadku. Wraz z powyższymi formularzami należy przesyłać również dokumentację medyczną potwierdzającą trwałe i całkowite inwalidztwo.

#### 2. Roszczenia do 5.000 zł

W przypadku, gdy przesłanie dokumentów, o których mowa w ust. 1 jest niemożliwe, a zgłaszane roszczenie dotyczy zgonu Ubezpiezonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończył 68 lat i należne świadczenie nie przekracza kwoty 5.000 zł (słownie: pięć tysięcy złotych), Towarzystwo rozpatruje roszczenie na podstawie dokonanego zgłoszenia roszczenia oraz przesłanego skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpiezonego. Zasada wyrażona powyżej znajdzie zastosowanie jedynie dla przypadków, gdy zgon Ubezpiezonego nastąpił po upływie trzech miesięcy od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową.

#### 3. Dodatkowe informacje

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do Policji, Prokuratury, Sądu, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji i osób o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub o dodatkową informację medyczną celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
2. W przypadku zajścia zdarzenia poza granicami Polski wymagane jest przedstawienie kopii dokumentacji przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
3. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
4. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.
4. **Decyzja Towarzystwa**

Po otrzymaniu i zbadaniu dowodów Towarzystwo ma prawo zaakceptować lub odmówić wypłaty świadczenia na podstawie warunków Ubezpieczenia i zapisów w Umowie.

Wypłata należnego świadczenia zostanie dokonana w najkrótszym możliwym terminie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo wszystkich wymaganych dokumentów.

### §14. Skargi i zażalenia

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesłane na adres siedziby Towarzystwa do Działu Obsługi Klienta. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź.
2. W przypadku nie uznania skargi lub zażalenia przez Towarzystwo organem właściwym do rozpatrzenia skarg i zażaleń jest Rzecznik Ubezpieczonych.

### §15. Podatki

Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych.

### §16. Właściwe sądy

Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane będą rozstrzygane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpiezonego, Ubezpieczającego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.