

PRÉVOIR KAPITAŁ

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

U B E Z P I E C Z E N I A N A Ż Y C I E



SPIS TREŚCI

DEFINICJE.....	3
PRZEDMIOT UMOWY	4
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA UMOWY – KONIEC OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA.....	4
CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA	4
POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	4
UPOSAŻONY.....	4
UTWORZENIE RACHUNKU „KAPITAŁ”	5
UBEZPIECZENIA DODATKOWE.....	5
CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	6
OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	7
SKŁADKI.....	7
DODATKOWE WPŁATY DOBROWOLNE	8
INDEKSACJA SKŁADEK.....	8
WYKUP POLISY	8
UMOWA BEZSKŁADKOWA	8
PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY	9
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	9
ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA.....	9
PRAWA UBEZPIECZONEGO/UBEZPIECZAJĄCEGO	9
PRZEDAWNIEŃ	10
PRAWO WŁAŚCIWE.....	10

Umowa ubezpieczenia Prévior Kapitał jest umową ubezpieczenia na życie, regulowaną przepisami Kodeksu Cywilnego.

Wszelkie opłaty należne z tytułu składek zostaną pokryte przez Ubezpieczającego.

Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy ubezpieczenia regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ustawy o podatku od spadków i darowizn, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa podatkowego innych państw.

DEFINICJE

W niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń („OWU”), polisach oraz wszelkich innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela Prévior - Vie Groupe Prévior S.A. - Oddział w Polsce, w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie niniejszych OWU, terminy wymienione poniżej będą miały następujące znaczenie:

1. Ubezpieczyciel:

Prévior - Vie Groupe Prévior S.A. - Oddział w Polsce, który zobowiązuje się wobec Ubezpieczającego do spełnienia świadczenia na rzecz Uposażonego w przypadku zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, zgodnie z OWU.

2. Ubezpieczony:

Osoba, na której ciąży ryzyko śmierci i inwalidztwa, oraz której życie lub zdrowie objęte są ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia, zgodnie z niniejszymi OWU.

3. Ubezpieczający:

Osoba fizyczna lub przedsiębiorca, która zawarła umowę ubezpieczenia i która jest zobowiązana wobec Ubezpieczyciela, w szczególności do zapłaty składek ubezpieczeniowych.

4. Uposażony:

Osoba lub osoby wyznaczone przez Ubezpieczającego, a w razie zawarcia umowy na rachunek osoby trzeciej (Ubezpiezonego) przez Ubezpiezonego uprawnione do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpiezonego w zakresie i na warunkach określonych w OWU.

5. Polisa ubezpieczeniowa:

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela stwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy stronami. Dokument ten określa między innymi imię i nazwisko Ubezpiezonego oraz wysokość gwarantowanych świadczeń.

6. Aneks:

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, stwierdzający zmiany wprowadzone w umowie ubezpieczenia. Dokument taki będzie stanowił część umowy ubezpieczenia oraz wywierał skutek na wcześniejsze postanowienia.

7. Nieszczęśliwy Wypadek:

Każde nagłe, nieprzewidziane, zewnętrzne oraz niezależne od woli Ubezpiezonego zdarzenie prowadzące do uszkodzenia ciała.

Samobójstwo Ubezpiezonego nie będzie uważane za Nieszczęśliwy Wypadek. Ubezpieczyciel będzie zwolniony od wykonania świadczenia z tytułu niniejszej umowy, w przypadku samobójstwa Ubezpiezonego, niezależnie od jego stanu psychicznego, które nastąpiło w okresie dwóch lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Nie zalicza się do Nieszczęśliwych Wypadków zatruc, odmrożeń, porażań słonecznych, następstw wysiłku, bólów kręgosłupa pochodzenia kostnego, mięśniowego lub nerwowego, wszelkiego rodzaju przepuklin, pęknięć tętniaka, zawałów, wylewów, śpiączki cukrzycowej lub hipoglikemicznej, przełomu tarczycowego i nadnerczowego, przeprowadzonych operacji chirurgicznych nie związanych z zaistniałym zdarzeniem oraz innych stanów chorobowych występujących nagle.

8. Całkowite i trwałe inwalidztwo:

Strony uznają, iż **całkowite i trwałe inwalidztwo** Ubezpiezonego występuje, gdy Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała, które uniemożliwia mu w **sposób trwały** podjęcie jakiegokolwiek zajęcia lub pracy mogącej mu przynieść zarobek lub zysk i której stan wymaga pomocy innych osób przy dokonywaniu przez nią czynności życia codziennego (przemieszczanie się, ubieranie, mycie, karmienie).

9. Data ustalenia inwalidztwa:

Data, w której można przyjąć, iż stan inwalidztwa nie będzie ulegał dalszym zmianom, a zatem może być uznany za ostatecznie ustalony.

10. Przedawnienie:

Upływ terminu, po którym Ubezpieczyciel może odmówić spełnienia świadczenia.

11. Wykup polisy:

Przedterminowe zakończenie Umowy Ubezpieczenia, skutkujące wypłatą Ubezpieczającemu wartości wykupu, na warunkach i w granicach określonych w niniejszych OWU.

12. Przekształcenie w umowę bezskładkową:

Czynność dokonana w następstwie nie zapłacenia składek lub na wniosek Ubezpieczającego, polegająca na ponownym zdefiniowaniu gwarancji umowy.

13. Nota Techniczna:

Dokument ustalony przez Ubezpieczyciela zawierający założenia dotyczące podstaw i zasad obliczania składek, rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz, jeżeli ma to zastosowanie, wartości wykupu i sumy ubezpieczenia przy przekształceniu umowy składkowej w umowę bezskładkową. Nota Techniczna może być przekazana Ubezpieczającemu na jego prośbę.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1.

1. Umowa ubezpieczenia **Prévoir Kapital** ma na celu umożliwienie gromadzenia oszczędności, poprzez wpłacanie przez Ubezpieczającego regularnych składek i dodatkowych wpłat dobrowolnych zasilających rachunek „Kapitał”, oraz dzięki zarządzaniu finansowemu przez Ubezpieczyciela środkami zgromadzonymi na tym rachunku.
2. Niniejsza umowa ubezpieczenia przewiduje również dodatkowe ubezpieczenia, na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku oraz na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, z tytułu, których może zostać dokonana wypłata świadczenia wskazanemu Uposażonemu lub Uposażonym.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 2.

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli spełnione są jednocześnie następujące warunki:
 - a) Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony wypełnił i podpisał wniosek ubezpieczeniowy na formularzu Ubezpieczyciela, przedłożonym przez jego przedstawiciela,
 - b) Ubezpieczający wpłacił pierwszą składkę w wysokości określonej we wniosku ubezpieczeniowym.
2. W okresie 3 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, jeżeli przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.

§ 3.

Ubezpieczyciel podejmuje decyzję w sprawie zawarcia umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia spełnienia warunków, o których mowa w § 2 ust. 1 niniejszych OWU.

POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA UMOWY – KONIEC OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4.

1. Umowa ubezpieczenia zaczyna obowiązywać w pierwszym dniu miesiąca następującego po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - a) podpisanie przez Ubezpieczającego, poprawnie wypełnionego, wniosku o ubezpieczenie,
 - b) zapłacie pierwszej składki określonej w § 2 ust. 1 b) niniejszych OWU,
 - c) zaakceptowanie wniosku przez Ubezpieczyciela,
 - d) Ubezpieczony, jeżeli jest osobą inną niż Ubezpieczający, wyraził zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Koniec obowiązywania umowy ubezpieczenia następuje w dniu wybranym przez Ubezpieczającego w chwili zawarcia umowy. W dniu tym, zgodnie z niniejszą umową, ustaje odpowiedzialność Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że, przed tą datą, nie nastąpiła wypłata świadczenia z tytułu śmierci lub inwalidztwa lub nie nastąpił wykup polisy.
3. Początek i koniec obowiązywania umowy ubezpieczenia zostanie wskazany w Polisie ubezpieczeniowej.

CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5.

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony, obejmujący pełne lata oraz nie krótszy niż 5 lat.
2. Czas trwania umowy ubezpieczenia zostanie wskazany w Polisie ubezpieczeniowej.

POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 6.

Ryzyka śmierci oraz całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku są objęte ochroną ubezpieczeniową począwszy od dnia, w którym umowa ubezpieczenia zaczyna obowiązywać.

UPOSAŻONY

§ 7.

1. Ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający może to wskazanie w każdym czasie zmienić lub odwołać.
2. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczony może samodzielnie wykonywać uprawnienie, o którym mowa w ust. 1.
3. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, a nie oznaczono udziału każdego z nich, ich udziały są równe.
4. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, udział Uposażonego, który w chwili śmierci Ubezpieczonego nie żył, przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
5. Jeżeli nie wskazano Uposażonego należne świadczenie jest wypłacane najbliższej rodzinie Ubezpieczonego, w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu.

UTWORZENIE RACHUNKU „KAPITAŁ”

§ 8.

Prowadzenie rachunku „Kapitał”

W chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel utworzy dla Polisy ubezpieczeniowej rachunek „Kapitał”, na który będą przekazywane, po potrąceniu kosztów, części składek płaconych okresowo przez Ubezpieczającego, przeznaczone do inwestowania oraz ewentualne dodatkowe wpłaty dobrowolne, jak również odsetki dopisywane do rachunku „Kapitał” przez Ubezpieczyciela.

§ 9.

Wzrost na rachunku „Kapitał”

1. Zainwestowane kwoty będą oprocentowane począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po ich rzeczywistym zainkasowaniu przez Ubezpieczyciela.
2. Łączne odsetki dopisywane przez Ubezpieczyciela będą obejmować minimalne odsetki gwarantowane oraz ewentualne odsetki dodatkowe.
 - a) Minimalne odsetki gwarantowane będą dopisywane na rachunku „Kapitał” na koniec każdego miesiąca, według miesięcznej stopy oprocentowania, ustalonej na podstawie gwarantowanej minimalnej rocznej stopy oprocentowania. Gwarantowana minimalna roczna stopa oprocentowania w chwili zawierania umowy podana zostanie w Polisie ubezpieczeniowej.
 - b) Na koniec każdego roku, Ubezpieczyciel sporządzi rachunek wyników (w poniższym znaczeniu) w odniesieniu do umów ubezpieczenia Prévoir Kapitał, w celu określenia stopy dodatkowego oprocentowania dla wszystkich umów ubezpieczenia Prévoir Kapitał.

Po stronie „ma” w rachunku wyników zapisywane będą następujące elementy:

- dochody netto z lokat, związanych z rachunkami „Kapitał” dla umów ubezpieczenia Prévoir Kapitał,
- wartość dodatkowa netto uzyskana w wyniku sprzedaży lokat,
- zmniejszenie wartości rezerwy na obniżenie wartości lokat.

Po stronie „winien” na rachunku zapisywane będą następujące elementy:

- odsetki według minimalnej gwarantowanej stopy oprocentowania, dopisywane w ciągu roku,
- strata netto w wyniku sprzedaży lokat - zwiększenie wartości rezerwy na obniżenie wartości lokat,
- ewentualne przeniesienie ujemnego wyniku finansowego z poprzedniego roku,
- koszty związane z zarządzaniem w wysokości 1% wartości rachunków „Kapitał”, według stanu w dniu 31 grudnia danego roku.

Ewentualna kwota odsetek dopisywana na rachunku „Kapitał” z tytułu udziału w zyskach, równa będzie 50% dodatniego salda ustalonego na podstawie rachunku wyników sporządzonego na koniec każdego roku. Dodatkowe odsetki z tytułu udziału w rachunku wyników będą należne w dniu 31 grudnia danego roku na podstawie umów ubezpieczenia Prévoir Kapitał, niezależnie od tego czy umowy takie zostały czy też nie zostały przekształcone w umowę bezskładkową. Dodatkowe odsetki będą dopisywane na rachunku „Kapitał” w dniu 1 stycznia następnego roku.

§ 10.

Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca obowiązywania umowy ubezpieczenia

W przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca obowiązywania umowy ubezpieczenia Prévoir Kapitał, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości stanowiącej równowartość środków zgromadzonych na rachunku „Kapitał” według stanu z dnia, w którym upłynął ten okres pod warunkiem, że przed tym dniem nie nastąpiła wypłata jakiegokolwiek świadczenia z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa powstałego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku ani nie wystąpiło zdarzenie objęte ochroną jak również nie nastąpił wykup polisy.

§ 11.

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca obowiązywania umowy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu po dostarczeniu następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia
 - b) dokumentu urzędowego stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
2. Ubezpieczony powinien przedłożyć oryginał Polisy ubezpieczeniowej wraz z aneksami (jeżeli były sporządzone).
3. Wypłata świadczenia jest dokonywana w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia Ubezpieczycielowi zdarzenia stanowiącego podstawę do wypłaty. Jeśli w wyżej wymienionym terminie, ustalenie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie musi zostać wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.

UBEZPIECZENIA DODATKOWE

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

§ 12.

Świadczenie wypłacane w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku choroby

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku choroby przed końcem obowiązywania umowy ubezpieczenia Prévoir Kapitał, Ubezpieczyciel wypłaca wskazanym Uposażonym świadczenie równe wartości środków zgromadzonych na rachunku „Kapitał” według stanu w dniu śmierci.

2. Świadczenie wypłacane w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku przed końcem obowiązywania umowy ubezpieczenia Prévior Kapitał, Ubezpieczyciel wypłaca wskazanym Uposażonym świadczenie równe:

2 x aktualna składka roczna x czas trwania umowy ubezpieczenia wskazany przy zawieraniu umowy (aktualna składka roczna nie obejmuje ewentualnych dodatkowych wpłat dobrowolnych) + **suma wszystkich dodatkowych wpłat dobrowolnych dotyczących danej umowy.**

3. Wypłata świadczenia w przypadku śmierci w wyniku choroby lub w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku skutkuje rozwiązaniem umowy ubezpieczenia i wygaśnięciem odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 13.

Dokumenty wymagane od Uposażonego lub Uposażonych w przypadku śmierci Ubezpieczonego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uposażony lub Uposażeni powinni niezwłocznie dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) oryginał Polisy ubezpieczeniowej wraz z aneksami (jeżeli były sporządzone),
 - c) akt zgonu Ubezpieczonego,
 - d) kopię karty zgonu z określeniem przyczyny śmierci,
 - e) dodatkowe dokumenty uzasadniające wypłatę świadczenia, o które zwrócił się Ubezpieczyciel,
 - f) dokument urzędowy stwierdzający tożsamość Uposażonego lub Uposażonych.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się o dostarczenie dodatkowych dokumentów, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia, do organów lub instytucji, które mogą być w ich posiadaniu.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany, na żądanie Uposażonego lub Uposażonych, udostępnić posiadane przez siebie informacje związane ze zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Uposażony lub Uposażeni mają prawo otrzymać od Ubezpieczyciela kserokopię dokumentów, zawierających powyżej wskazane informacje, przy czym koszt sporządzenia kserokopii tych dokumentów będzie obciążał odpowiednio Uposażonego lub Uposażonych.
4. Wypłata świadczenia jest dokonywana w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia Ubezpieczycielowi zdarzenia stanowiącego podstawę do wypłaty. Jeśli w wyżej wymienionym terminie, ustalenie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie musi zostać wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.

CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 14.

Świadczenie wypłacane w przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

1. W przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powstałego w czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie równe:
2 x aktualna składka roczna x czas trwania umowy ubezpieczenia wskazany przy zawieraniu umowy (aktualna składka roczna nie uwzględnia ewentualnych dodatkowych wpłat dobrowolnych) + **suma wszystkich dodatkowych wpłat dobrowolnych dotyczących danej umowy.**
2. Wypłata świadczenia następuje po ustaleniu stanu inwalidztwa, tj. po stwierdzeniu ostatecznego charakteru całkowitego i trwałego inwalidztwa, będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Wypłata świadczenia w przypadku inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 15.

Dokumenty wymagane od Ubezpieczonego w przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

1. W przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) oryginał Polisy ubezpieczeniowej wraz z aneksami (jeżeli były sporządzone),
 - c) zaświadczenie lekarskie stwierdzające stan zdrowia Ubezpieczonego oraz zawierające opis przebiegu leczenia,
 - d) dodatkowe dokumenty uzasadniające wypłatę świadczenia, o które zwrócił się Ubezpieczyciel,
 - e) dokument urzędowy stwierdzający tożsamość Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się o dostarczenie dodatkowych dokumentów, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia, do organów lub instytucji, które mogą być w ich posiadaniu.
3. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub Ubezpieczającemu lub innej osobie występującej z roszczeniem informację i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzania, na swój koszt, odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
4. Wypłata świadczenia jest dokonywana w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia Ubezpieczycielowi zdarzenia stanowiącego podstawę do wypłaty. Jeśli w wyżej wymienionym terminie, ustalenie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie musi zostać wypłacone w terminie 14 dni od

dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.

§ 16.

Wyłączenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia w przypadku:

- nieskutecznej próby samobójstwa Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu psychicznego,
- samookaleczenia Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu psychicznego.

OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 17.

Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie ubezpieczeń objętych niniejszą umową, z tytułu następujących:

- popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
- wojny lub wojny domowej,
- udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, demonstracjach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
- bójkach (z wyjątkiem przypadków obrony koniecznej),
- stanu nietrzeźwości, polegającego na występowaniu we krwi stężenia alkoholu równego lub wyższego od normy określonej w Kodeksie karnym,
- wypadku lub choroby spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego,
- zażycia narkotyku lub środka odurzającego, nie przepisanego przez lekarza,
- uprawiania zajęć rekreacyjnych o podwyższonym stopniu ryzyka lub sportów ekstremalnych (takich jak na przykład: wspinaczki wysokogórskie, spadochroniarstwo, paralotniarstwo, speleologia, nurkowanie, wyścigi samochodowe, skoki na linie, pirotechnika),
- prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu bez ważnego dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia lub bez dokumentu, potwierdzającego aktualny przegląd techniczny pojazdu,
- wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
- skażenia radioaktywnego.

SKŁADKI

§ 18.

1. Składki okresowe wpłacane przez Ubezpieczającego obejmują składkę oszczędnościową, koszty zarządzania i koszty akwizycji oraz składkę dodatkową na pokrycie ryzyka śmierci w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub w wypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa.
2. Podział składki na poszczególne gwarancje zostanie wskazany w Polisie ubezpieczeniowej.
3. Wysokość składek okresowych jest obliczana według zasad matematyki ubezpieczeniowej, opisanych w Nocie Technicznej.

§ 19.

Oplaty związane ze składkami

Udział kosztów zarządzania i kosztów akwizycji w składkach okresowych będzie stały podczas całego czasu trwania umowy ubezpieczenia i będzie wynosił: 4%, w odniesieniu do kosztów akwizycji i 0,75% w odniesieniu do kosztów zarządzania.

§ 20.

1. Składki ubezpieczeniowe będą opłacane z góry w zależności od częstotliwości wybranej przez Ubezpieczającego, za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne.
1. Częstotliwość opłacania składek wskazana jest we wniosku ubezpieczeniowym oraz w Polisie ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający ma prawo zmienić częstotliwość opłacania składek w każdą rocznicę dnia, w którym zaczęła obowiązywać umowa ubezpieczenia, na podstawie zawiadomienia przekazanego Ubezpieczycielowi nie później niż 30 dni przed datą rocznicy początku obowiązywania umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składek wyłącznie w formie polecenia zapłaty.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty kolejnych składek najpóźniej w terminie płatności wskazanym w Polisie ubezpieczeniowej.

§ 21.

1. Wysokość składek płatnych w pierwszym roku ubezpieczenia będzie podana w Polisie ubezpieczeniowej.
2. Wysokość składek będzie podwyższana w każdą rocznicę dnia, w którym zaczęła obowiązywać umowa ubezpieczenia, zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale INDEKSACJA SKŁADEK.

§ 22.

Skutki nieopłacenia składek ubezpieczeniowych

1. Nieopłacenie raty składki ubezpieczeniowej w terminie daty płatności wskazanej w polisie ubezpieczeniowej skutkuje:

- a) ustaniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, jeżeli do dnia wymagalności niezapłaconej składki nie zostały jeszcze zapłacone składki za okres pierwszego roku, lub jeśli umowa nie posiada żadnej wartości wykupu, z zastrzeżeniem ust. 2
 - albo
 - b) przekształceniem umowy ubezpieczenia w umowę bezskładkową, jeżeli do dnia wymagalności niezapłaconej składki zostały zapłacone składki za okres co najmniej jednego roku i jeśli umowa posiada wartość wykupu.
2. Ustanie odpowiedzialności i rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje po upływie 7 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wysłanego po upływie terminu do zapłaty wezwania do zapłaty zaległej składki, wraz z informacją o skutkach jego niedokonania.
 3. W ciągu trzech miesięcy od rozwiązania umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w ust. 1, możliwe jest, pod warunkiem wyrażenia zgody przez Ubezpieczyciela, zawarcie nowej umowy na dotychczasowych warunkach. Zawarcie nowej umowy następuje na wniosek Ubezpieczającego i wymaga opłacenia zaległych składek.
 4. W przypadku zapłaty na poczet składek, otrzymane wpłaty zaliczane będą w pierwszej kolejności na pokrycie zaległych składek o najwcześniejszym terminie wymagalności.

DODATKOWE WPLĄTY DOBROWOLNE

§ 23.

1. Ubezpieczający może dokonywać dodatkowych wpłat dobrowolnych w dowolnym momencie.
2. Jediną formą dokonania wpłaty, zaakceptowaną przez Ubezpieczyciela, jest przelew bankowy, dokonany na formularzu dostarczonym przez Ubezpieczyciela.
3. Koszty związane z dodatkowymi wpłatami dobrowolnymi, które zostaną pobrane przez Ubezpieczyciela, wynoszą 3% kwoty wpłaty oraz rozdzielone są w następujący sposób: 2,25% tytułem pokrycia kosztów akwizycji oraz 0,75% tytułem pokrycia kosztów zarządzania.
4. Dodatkowe wpłaty dobrowolne, po potrąceniu kosztów, zapisywane są na rachunku „Kapitał”.

INDEKSACJA SKŁADEK

§ 24.

1. Każdego roku, w rocznicę umowy, tj. dnia, w którym umowa ubezpieczenia zaczęła obowiązywać, składka ubezpieczeniowa zostanie powiększona o 5%.
2. Wzrost składki obowiązuje począwszy od każdej rocznicy umowy, przy czym pierwsze zwiększenie składki nastąpi w pierwszą rocznicę umowy, a ostatnie zwiększenie rok przed końcem obowiązywania umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający ma prawo sprzeciwić się zwiększeniu składki, w terminie 7 dni od daty otrzymania od Ubezpieczyciela zawiadomienia o zwiększeniu składki.
4. Brak odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego oznacza zgodę na zwiększenie wysokości składki.
5. W razie odmowy Ubezpieczającego minimalny kapitał gwarantowany na koniec umowy ubezpieczenia ulegnie zmianie.

WYKUP POLISY

§ 25.

1. Ubezpieczający ma prawo wykupu polisy, pod warunkiem opłacenia składek za okres co najmniej jednego całego roku od dnia, w którym zaczęła obowiązywać umowa ubezpieczenia.
2. Wartość wykupu wynosi:
 - a) w okresie pierwszych 10 lat od początku obowiązywania umowy, 95% środków zgromadzonych na rachunku „Kapitał”, po uprzednim pomniejszeniu o jeszcze nie zamortyzowane koszty akwizycji,
 - b) po upływie 10 pierwszych lat od początku obowiązywania umowy, 100% środków zgromadzonych na rachunku „Kapitał”, po uprzednim pomniejszeniu o jeszcze nie zamortyzowane koszty akwizycji.

§ 26.

1. Wypłata wartości wykupu nastąpi po złożeniu przez Ubezpieczającego wniosku o wykup polisy. Ubezpieczający powinien przedłożyć oryginał Polisy ubezpieczeniowej wraz z aneksami (jeżeli były sporządzone).
2. Wypłata wartości wykupu powoduje wygaśnięcie umowy ubezpieczenia i odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

UMOWA BEZSKŁADKOWA

§ 27.

1. Umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w umowę bezskładkową po upływie roku od dnia, w którym zaczęła obowiązywać, pod warunkiem, że wszystkie składki za okres pierwszego roku zostały zapłacone.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w umowę bezskładkową:
 - a) na wniosek Ubezpieczającego,
 - b) w przypadku nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego, o którym mowa w § 22 ust. 1 b) niniejszych OWU.

3. W przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w umowę bezskładkową, dodatkowa ochrona w zakresie ubezpieczenia na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku oraz na wypadek śmierci w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku wygasa.
4. Po przekształceniu umowy ubezpieczenia w umowę bezskładkową, Ubezpieczający zaprzestanie opłacania składek, a minimalny kapitał gwarantowany na koniec umowy ubezpieczenia, ulegnie obniżeniu. Kwota obniżonego stanu środków na rachunku „Kapitał” jest obliczana na podstawie wartości wpłaconych składek, według zasad opisanych w Nocie Technicznej.
5. Ubezpieczyciel może automatycznie zastąpić przekształcenie w umowę bezskładkową wykupem polisy, jeżeli obniżony stan środków na rachunku Kapitał jest niższy od 2 000 złotych.

§ 28.

1. W sytuacji określonej w § 22 ust. 1b) niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia zostaje przekształcona w umowę bezskładkową w pierwszym dniu okresu, za który była należna składka ubezpieczeniowa.
2. Wznowienie umowy ubezpieczenia jest możliwe po spełnieniu warunków przewidzianych w § 22 ust. 3 niniejszych OWU.

PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY

§ 29.

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty doręczenia Polisy, jeżeli jest osobą fizyczną lub w terminie 7 dni od daty doręczenia Polisy, jeżeli jest przedsiębiorcą.
2. Ubezpieczyciel zobowiązuje się zwrócić Ubezpieczającemu w takim przypadku całość kwot wpłaconych przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 2 ust. 1b) niniejszych OWU.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 30.

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia powinno być w takim przypadku dokonane na piśmie.
2. W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia po upływie pierwszego roku umowy ubezpieczenia, mają zastosowanie § 25, § 26 niniejszych OWU, o ile Ubezpieczający opłacił składki za okres, co najmniej jednego całego roku od dnia, w którym zaczęła obowiązywać umowa ubezpieczenia.
3. Jako wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego traktowane będzie także nieopłacenie zaległej składki, mimo wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie i poinformowania Ubezpieczającego o skutkach nieopłacenia składki we wskazanym w wezwaniu terminie, o ile umowa ubezpieczenia nie spełnia warunków do przekształcenia w umowę bezskładkową.
4. Rozwiązanie umowy powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel nie będzie zobowiązany do zwrotu zapłaconych składek należnych za okres, w którym była udzielana ochrona ubezpieczeniowa.

ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

§ 31.

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia odnoszą skutek, jeżeli zostały doręczone na piśmie za potwierdzeniem odbioru lub wysłane listem poleconym.
2. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uposażony zmienił adres do korespondencji i nie powiadomił o tym Ubezpieczyciela, przyjmuje się, że Ubezpieczyciel dopełnił swoich obowiązków lub skutecznie złożył oświadczenie, wysyłając zawiadomienie lub oświadczenie pod ostatni wskazany adres.

PRAWA UBEZPIECZONEGO/UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 32.

Informacje dla Ubezpieczającego

1. Ubezpieczyciel powiadomi Ubezpieczającego o wartościach wykupu oraz sumach ubezpieczenia w przypadku zmiany umowy ubezpieczenia w bezskładkową, które będą obowiązywać w kolejne rocznice dnia, w którym umowa ubezpieczenia zaczęła obowiązywać. Informacje te zawarte będą w Polisie ubezpieczeniowej.
2. W każdą rocznicę dnia, w którym umowa ubezpieczenia zaczęła obowiązywać, Ubezpieczyciel poda do wiadomości Ubezpieczającego wartość wykupu oraz sumę ubezpieczenia, w przypadku zmiany umowy ubezpieczenia w bezskładkową, gwarantowany stan środków na rachunku „Kapitał” w przypadku dożycia do końca ubezpieczenia oraz wysokość składki.

§ 33.

Reklamacje

1. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu Ubezpieczyciel informuje o tym osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
2. Ubezpieczonemu lub Uposażonemu przysługuje prawo odwołania od powyższej decyzji o odmowie do Dyrekcji Ubezpieczyciela, w terminie 7 dni od daty jej otrzymania.
3. Wszelkie wnioski dotyczące wykonania zobowiązań Ubezpieczyciela z tytułu niniejszej umowy powinny być kierowane w formie pisemnej do Ubezpieczyciela.

§ 34.

Właściwość sądu

Do rozpatrywania spraw, w których stroną lub uczestnikiem jest Ubezpieczyciel właściwe są polskie sądy powszechne. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia, zawartej na podstawie OWU, można wytoczyć albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby strony pozwanej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

PRZEDAWNNIENIE

§ 35.

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie od Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie od Ubezpieczyciela przerywa się przez uznanie roszczenia albo przez każdą czynność przed sądem lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń przedsiębiorcą bezpośrednio w związku z roszczeniem.
4. Po każdym przerwaniu przedawnienia biegnie ono na nowo.

PRAWO WŁAŚCIWE

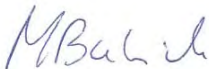
§ 36.

W zakresie określenia prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia zastosowanie mają następujące zasady:

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w którym ubezpieczający ma miejsce zamieszkania lub siedzibę zarządu;
2. Jeżeli Ubezpieczającym jest osoba fizyczna mająca miejsce zamieszkania w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż państwo, którego jest obywatelem, Ubezpieczający może wybrać prawo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, którego jest obywatelem.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 10 sierpnia 2007 roku.

Michał BUKOWICKI



Reprezentant Groupe Prévoir w Polsce

Bernard ALTARIBA



Dyrektor Oddziału

Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A.

Oddział w Polsce

Zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem 0000219439 w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy Wydział XIX Gospodarczy. Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. (Francja)
kapitał akcyjny 45.000.000 EUR opłacony w całości.
NIP: 108 00 00 929



Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce, ul. Kolejowa 5/7, 01-217 Warszawa,
tel. (22) 534 86 58, fax (22) 534 86 50, e-mail: prevoir@prevoir.pl **web:** www.prevoir.pl
Zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem 0000219439,
w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, Wydział XIX Gospodarczy.
Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. (Francja) - kapitał akcyjny 45.000.000 EUR, opłacony w całości.

U B E Z P I E C Z E N I A N A Ż Y C I E