

Atut 3

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

ATUT 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

SPIS TREŚCI

DEFINICJE	3
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
POCZĄTEK I KONIEC OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA	5
UPOSAŻONY	5
SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE	6
GWARANCJE UMOWY UBEZPIECZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ	
– ŻYCIE UBEZPIECZONEGO	6
– ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO	7
– CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU .	8
UDZIAŁ W ZYSKU	8
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	9
OKRES KARENCJI	9
WYKUP POLISY	10
PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY UBEZPIECZENIA	10
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	10
ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA	10
PRAWA UBEZPIECZONEGO / UBEZPIECZAJĄCEGO	11
PRZEDAJNIENIE	11
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	11

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej „OWU”) stosuje się do umowy ubezpieczenia na życie Atut 3 (zwana dalej „umowa ubezpieczenia”), regulowanej przepisami Kodeksu Cywilnego i Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej.

DEFINICJE

W niniejszych OWU, polisach oraz wszelkich innych dokumentach wystawionych przez Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce, w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie niniejszych OWU, terminy wymienione poniżej oznaczają:

1. Ubezpieczyciel:

Prévoir - Vie Groupe Prévoir 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, której życie lub zdrowie objęte są ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia, zgodnie z 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 cudzy rachunek przez Ubezpieczonego uprawnione do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego w zakresie i na warunkach określonych w OWU.

5. Polisa:

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela stwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy stronami, określający w szczególności imię i nazwisko Ubezpieczonego, terminy płatności składek, sumę ubezpieczenia oraz wysokość gwarantowanych świadczeń.

6. Suma Ubezpieczenia:

Kwota wskazana w polisie, będąca podstawą do określenia wysokości świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.

7. Początek ubezpieczenia:

Data umieszczona w polisie, określająca początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

8. Koniec ubezpieczenia:

Data umieszczona w polisie, określająca koniec odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

9. Aneks:

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

10. Nieszczęśliwy wypadek:

Każde nagłe, nieprzewidziane, zewnętrzne oraz niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie prowadzące do uszkodzenia ciała lub śmierci Ubezpieczonego. Samobójstwo Ubezpieczonego nie będzie uważane za Nieszczęśliwy wypadek. Nie zalicza się do Nieszczęśliwych wypadków: zatrucie, odmrożeń, porażeń słonecznych, następstw wysiłku, bólów kręgosłupa pochodzenia kostnego, mięśniowego lub nerwowego, wszelkiego rodzaju przepuklin, pęknięć tętniaka, zawałów, wylewów, śpiączki cukrzycowej lub hipoglikemicznej, przelomu tarczycowego i nadnerczowego, przeprowadzonych operacji chirurgicznych nie związanych z zaistniałym zdarzeniem oraz innych stanów chorobowych występujących nagle.

11. Całkowite i trwałe inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:

Uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w stopniu, który uniemożliwia w sposób trwały podjęcie jakiejkolwiek działalności zarobkowej, a przy czynnościach życia codziennego (np. przemieszczanie się, ubieranie, mycie, spożywanie posiłków) wymagana jest pomoc innych osób.

12. Data konsolidacji inwalidztwa:

Data, w której można przyjąć, że zakończono leczenie i rehabilitację, a według aktualnego stanu wiedzy medycznej stan zdrowia Ubezpieczonego nie ulegnie poprawie.

13. Wykup polisy:

Przedterminowe zakończenie umowy ubezpieczenia, skutkujące wypłatą Ubezpieczającemu świadczenia określonego jako wartość wykupu, na warunkach i w granicach określonych w niniejszych OWU.

14. Przedawnienie:

Upływ terminu, po którym Ubezpieczyciel może odmówić wykonania świadczenia.

15. Wiek Ubezpieczonego:

Dotyczy okresu pomiędzy datą urodzenia Ubezpieczonego i początkiem ubezpieczenia, wyrażonym w latach pełnych. Jeżeli w dniu początku ubezpieczenia upłynęło mniej niż sześć miesięcy od ostatnich urodzin Ubezpieczonego, wiek zaokrągla się w dół, w przeciwnym razie, wiek zaokrągla się w górę.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) cykliczną wypłatę świadczeń zgodnie z § 13 oraz wypłatę świadczenia końcowego zgodnie z §14.
 - b) wypłatę świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie choroby w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - c) wypłatę świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - d) wypłatę świadczenia w przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia.
3. Wysokość świadczeń i warunki ich wypłaty określa polisa i niniejsze OWU.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 2

Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończy 18 lat i nie ukończy 60 lat w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, będący wielokrotnością trzech lat; minimalny okres ubezpieczenia wynosi 3 lata.
2. Na koniec okresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 Ubezpieczony nie ukończy 65 lat.

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli spełnione są jednocześnie następujące warunki:
 - a) Ubezpieczający lub Ubezpieczony wypełnił i podpisał wniosek o zawarcie ubezpieczenia na formularzu Ubezpieczyciela, przedłożonym przez jego przedstawiciela oraz Ubezpieczony, jeżeli jest osobą inną niż

- Ubezpieczający, wyraził zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia,
- b) Ubezpieczający wpłacił pierwszą składkę w wysokości określonej we wniosku o zawarcie ubezpieczenia,
 - c) Ubezpieczający umożliwił Ubezpieczycielowi pobieranie składek w formie polecenia zapłaty,
2. Ubezpieczyciel ma prawo, w celu oceny ryzyka, zażądać dodatkowych wyjaśnień dotyczących między innymi stanu zdrowia lub zawodu wykonywanego przez Ubezpieczonego.
 3. Ubezpieczyciel podejmie decyzję w sprawie zawarcia umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia spełnienia warunków określonych w ust. 1 lit. a) – c) oraz uzyskania informacji, o których mowa w ust. 2.
 4. Zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza wystawieniem polisy.

§ 5

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
2. Ubezpieczony jest zobowiązany do przekazania dokumentacji medycznej będącej w jego posiadaniu, a wymaganej przez Ubezpieczyciela.
3. 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.

POCZĄTEK I KONIEC OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia zaczyna obowiązywać od pierwszego dnia miesiąca następującego po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - a) poprawnym wypełnieniu i podpisaniu przez Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonego wniosku o zawarcie ubezpieczenia,
 - b) zapłacie pierwszej składki określonej w § 4 ust.1 lit. b) niniejszych OWU,
 - c) zaakceptowaniu wniosku o zawarcie ubezpieczenia i wystawieniu polisy przez Ubezpieczyciela.
2. Daty początku i końca obowiązywania umowy ubezpieczenia zostaną wskazane w polisie.

§ 7

1. Ryzyka śmierci, z zastrzeżeniem § 23, oraz całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku są objęte ochroną ubezpieczeniową począwszy od dnia, w którym umowa ubezpieczenia zaczyna obowiązywać.
2. Śmierć Ubezpieczonego lub trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku powoduje wygaśnięcie umowy ubezpieczenia i odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia.

UPOSAŻONY

§ 8

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, Uposażonym jest osoba lub osoby wskazane w polisie.
2. W przypadku, gdy wskazano kilku Uposażonych, a śmierć jednego z nich nastąpi przed śmiercią Ubezpieczonego, należne świadczenie zostanie wypłacone pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
3. Jeżeli nie wskazano Uposażonego lub Uposażeni nie żyją, należne świadczenie jest wypłacane spadkobiercom Ubezpieczonego zgodnie z przepisami prawa (dziedziczenie ustawowe).

SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE

§ 9

1. Składki są opłacane z góry, w zależności od częstotliwości wybranej przez Ubezpieczającego, za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne. Częstotliwość opłacania składek wskazana jest we wniosku o zawarcie ubezpieczenia oraz w polisie.
2. Ubezpieczający ma prawo zmienić częstotliwość opłacania składek w każdą rocznicę obowiązywania umowy ubezpieczenia, na podstawie zawiadomienia przekazanego Ubezpieczycielowi nie później niż 30 dni przed datą rocznicy.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek wyłącznie w formie polecenia zapłaty, z wyjątkiem opłacenia pierwszej należnej składki, która opłacana jest w innej formie.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania kolejnych składek w terminach płatności wskazanych w polisie.
5. Wysokość składki jest stała dla wybranej częstotliwości opłacania składek podczas całego okresu trwania umowy ubezpieczenia
6. Wysokość składki jest podana w polisie.

§ 10

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do posiadania w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia aktywnego polecenia zapłaty dla celów pobierania należnych składek przez Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do posiadania na wskazanym koncie bankowym środków w wysokości umożliwiającej realizację polecenia zapłaty w dniu poprzedzającym dzień płatności składki.

§ 11

1. Składki wpłacane przez Ubezpieczającego obejmują koszty gwarancji podstawowej, następstwa Nieszczęśliwego wypadku w postaci: ryzyka śmierci, całkowitego i trwałego inwalidztwa, a także koszty zarządzania i akwizycji. Ponadto w przypadku składek opłacanych częściej niż rocznie, obejmują one także dodatkowe koszty związane z podziałem składki.
2. Podział składki na poszczególne gwarancje jest wskazany w polisie.

§ 12

Skutki nieopłacania składek ubezpieczeniowych

1. Niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie umowy, jeżeli Ubezpieczający nie wpłaci zaległej raty składki w terminie 7 dni od otrzymania wezwania do zapłaty wystosowanego po upływie terminu do zapłaty i określającego skutki braku wpłaty.
2. W przypadku zapłaty na poczet składek, otrzymane wpłaty zaliczane będą w pierwszej kolejności na pokrycie zaległych składek o najwcześniejszym terminie wymagalności.

GWARANCJE UMOWY UBEZPIECZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Życie Ubezpieczonego

§ 13

Świadczenie cykliczne

Na koniec każdego trzyletniego okresu trwania umowy ubezpieczenia, w przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca każdego tego okresu, Ubezpieczyciel wypłaci mu świadczenie równe sumie ubezpieczenia.

§ 14

Świadczenie końcowe

1. W przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczo-

nemu poza świadczeniem cyklicznym, dodatkowe świadczenie równe sumie ubezpieczenia.

2. Na koniec okresu ubezpieczenia poza świadczeniami, o których mowa w ust.1, zostaną także wypłacone przyznane udziały w zyskach.

Śmierć Ubezpieczonego

§ 15

Świadczenie wypłacane w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku choroby

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku choroby w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaca wskazanym Uposażonym świadczenie równe 5-krotności sumy ubezpieczenia.
2. Jeżeli śmierć nastąpiła w okresie karencji, o której mowa w § 23 ust. 1, Ubezpieczyciel zwraca składki wpłacone z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 16

Świadczenie wypłacane w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci wskazanym Uposażonym świadczenie równe 10-krotności sumy ubezpieczenia.

§ 17

1. Świadczenia, o których mowa w § 15 ust 1. i § 16 są pomniejszane o dokonane wypłaty świadczenia cyklicznego lub końcowego, których termin przypadają po śmierci Ubezpieczonego.
2. Wypłata świadczenia w przypadku śmierci w wyniku choroby lub w następstwie Nieszczęśliwego wypadku skutkuje wygaśnięciem umowy ubezpieczenia i wygaśnięciem odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 18

Dokumenty wymagane 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 wraz z aneksami (jeżeli były sporządzone),
 - c) akt zgonu Ubezpieczonego,
 - d) kopię karty zgonu Ubezpieczonego 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 dającego podstawę do wypłacenia świadczenia, pod warunkiem, że wszystkie dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia, zgodnie z § 18 ust. 1 i 2 niniejszych OWU, zostaną dostarczone Ubezpieczycielowi. Jeśli po upływie wyżej wymienionego terminu okoliczności niezbędne do ustalenia zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia są, przy zachowaniu należytej staranności, niemożliwe do ustalenia, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, kiedy okoliczności te zostaną wyjaśnione.

Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

§ 19

1. W przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe 10-krotności sumy ubezpieczenia.
2. Wypłata świadczenia następuje po ustaleniu konsolidacji inwalidztwa Ubezpieczonego, tj. po stwierdzeniu ostatecznego charakteru całkowitego i trwałego inwalidztwa, będącego następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1. jest pomniejszane o dokonane wypłaty świadczenia cyklicznego lub końcowego, których termin przypadał po dacie Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego.
4. Wypłata świadczenia z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku skutkuje wygaśnięciem umowy ubezpieczenia i odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu tej umowy.

§ 20

Dokumenty wymagane w przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z tym roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na jaki ta osoba wyraziła zgodę jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia jeżeli to jest niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Ubezpieczony jest zobowiązany do poddania się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości we wskazanej przez Ubezpieczyciela placówce medycznej.
3. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub Ubezpieczającemu lub innej osobie występującej z roszczeniem informacje i dokumenty, w tym wyniki badań medycznych 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.
5. 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 ust. 4.
6. 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.

UDZIAŁ W ZYSKU

§ 21

1. Na koniec każdego roku sprawozdawczego Ubezpieczyciel sporządzi rachunek wyników dla umów ubezpieczenia Atut 3 według następujących rozliczeń:
Po stronie „ma”:
 - skorygowana składka przypisana brutto z roku sprawozdawczego,
 - rezerwy techniczne na początek roku sprawozdawczego,

- dochody netto z lokat stanowiących pokrycie rezerw technicznych,
- wartość dodatkowa netto uzyskana w wyniku sprzedaży lokat,
- zmniejszenie wartości rezerwy na obniżenie wartości lokat.

Po stronie „winien”:

- świadczenia wypłacone,
 - rezerwy techniczne na koniec roku sprawozdawczego,
 - wartość ujemna netto uzyskana w wyniku sprzedaży lokat,
 - koszty akwizycji i koszty zarządzania poniesione w ciągu roku,
 - zwiększenie wartości rezerwy na obniżenie wartości lokat,
 - jeżeli konto wynikowe na koniec poprzedniego roku było ujemne, wartość deficytu na tym koncie.
2. Jeżeli konto wynikowe będzie ujemne, zostanie przeniesione na rezultat przyszłego roku. Jeżeli konto wynikowe będzie dodatnie, co najmniej 50% tej kwoty Ubezpieczyciel dopisze do rezerwy na udział w zyskach.
 3. Rezerwa na udział w zyskach podlega rozdzieleniu między aktywne umowy ubezpieczenia w okresie nie przekraczającym pięciu lat.
 4. Udział w zyskach jest wypłacany na koniec okresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 22

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności z tytułu śmierci lub następstw Nieszczęśliwego wypadku w przypadku:
 - 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 nieprzepisanego przez lekarza, lub, w przypadku środka przepisane go przez lekarza, niedostosowania się do ograniczeń wynikających ze stosowania danego środka, w szczególności dotyczących prowadzenia pojazdów,
 - 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, że na dzień zajścia zdarzenia pojazd nie wymaga dokonania przeglądu technicznego,
 - wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - skażenia radioaktywnego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi także odpowiedzialności z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia w przypadku:
 - nieskutecznej próby samobójstwa Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu psychicznego,
 - samookaleczenia Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu psychicznego.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za inwalidztwo, którego przyczyny były inne niż Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

OKRES KARENCJI

§ 23

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za śmierć z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy wypadek, która nastąpiła w okresie dwunastu miesięcy licząc od daty początku obowiązywania umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel będzie zwolniony od spełnienia świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia w przypadku samobójstwa Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu psychicznego, które nastąpiło w okresie dwóch lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

WYKUP POLISY

§ 24

1. Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy po upływie trzech lat od początku obowiązywania umowy ubezpieczenia.
2. W okresie pierwszych trzech lat obowiązywania umowy ubezpieczenia polisa nie posiada wartości wykupu.
3. W kolejnych latach wartość wykupu oblicza się jako różnicę między sumą ubezpieczenia a sumą składek należnych za okres do najbliższej płatności świadczenia cyklicznego.

§ 25

1. Wypłata wartości wykupu nastąpi po złożeniu przez Ubezpieczającego wniosku o wykup polisy, pod warunkiem przedłożenia polisy i ewentualnych aneksów do polisy.
2. Wypłata wartości wykupu powoduje wygaśnięcie umowy ubezpieczenia i odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 26

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. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się zwrócić Ubezpieczającemu całość składek wpłaconych przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 27

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. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, także w przypadku jeżeli składka lub jej rata nie została zapłacona w terminie, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni od otrzymania wezwania określającego skutki niezapłacenia składki.
3. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia skutkuje wygaśnięciem odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu zostanie wypłacona wartość wykupu na zasadach określonych w § 24.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia jedynie w przypadkach określonych w przepisach prawa.
6. Ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do zwrotu zapłaconych składek należnych za okres, w którym była udzielana ochrona ubezpieczeniowa.

ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

§ 28

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. Kierowanie przez Ubezpieczyciela wezwań, zawiadomień lub innych pism do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, nie wynikające z zobowiązań Ubezpieczyciela, nie będzie uznane za przyjęcie na siebie obowiązku wysyłania takich pism przez Ubezpieczyciela.

4. 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

§ 29

Reklamacje

1. W przypadku podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o odmowie wypłaty świadczenia, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do uzasadnienia tej decyzji.
2. Ubezpieczonemu lub Uposażonemu przysługuje prawo odwołania się 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 ubezpieczenia powinny być kierowane do Ubezpieczyciela w formie pisemnej.

§ 30

Właściwość sądu

Powództwo o roszczenie wynikające z postanowień umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych OWU, można wytoczyć albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby strony pozwanej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpiezonego, Ubezpieczającego lub Uposażonego.

PRZEDAWNIE

§ 31

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 świadczenie 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 przedsięwziętą bezpośrednio w związku z roszczeniem.
4. Po każdym przerwaniu przedawnienia biegnie ono na nowo.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

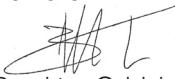
§ 32

1. 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.
2. 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.

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

W imieniu Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce

Bernard ALTARIBA



Dyrektor Oddziału

Michał Bukowicki



Reprezentant Groupe Prévoir w Polsce



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
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