



Kapitał Plus

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SKOROWIDZ

I.	POSTANOWIENIA OGÓLNE.....	3
II.	PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
III.	ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
IV.	RACHUNEK KAPITAŁ	4
V.	CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	5
VI.	ROZWIĄZANIE/ZAKOŃCZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA	5
VII.	SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA	6
VIII.	ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE	8
IX.	OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA	8
X.	OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA.....	9
XI.	PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	9
XII.	REKLAMACJE	10
XIII.	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	10

ZAŁĄCZNIK NR 1

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

ŚMIERĆ LUB CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

ZAŁĄCZNIK NR 2

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

OBRAŻENIA CIELESNE W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Zgodnie z artykułem 17. ust.1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w poniższej tabeli umieściliśmy najistotniejsze postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU) na życie **Kapitał Plus** (15.06.2023).

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy (OWU)
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	<p><u>OWU</u> paragrafy nr § 4, § 5 ust.4, § 7, § 9 ust.1e, § 11 ust.2, § 13, § 14, § 15, § 20, § 21 ust.1.a., § 22, § 23 ust.1-4, § 25 ust.6, § 26 ust.1c,2, § 27 ust.4, § 29 ust.2-3</p> <p>z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego paragrafy nr § 4 ust.3-4, § 7 ust.1.a., 2.a., 3 <u>SzWU</u> : Obrażenia cielesne w wyniku Nieszczęśliwego wypadku paragrafy nr § 4 ust.2-4, § 6 ust.1.c., § 7 ust.1.a., 2</p>
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<p><u>OWU</u> paragrafy nr § 4, § 8, § 9, § 10 ust.2, § 11 ust.1-2, § 12 ust.2, § 13 ust.4, § 14 ust.6, § 18 ust.2, § 19, § 24, §27 ust.4, §29</p> <p>z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego paragrafy nr § 6 ust.1, 4 <u>SzWU</u> :Obrażenia cielesne w wyniku Nieszczęśliwego wypadku paragrafy nr § 4 ust.1, § 6 ust.1, § 8</p>

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. Wprowadzenie

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej „OWU”) stosuje się do umowy ubezpieczenia na życie **Kapitał Plus** (zwanej dalej „Umowa ubezpieczenia” lub „Umowa”).

§ 2. Definicje

Wyrażenia użyte w niniejszych OWU, Polisach oraz wszelkich innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela w związku z Umową ubezpieczenia zawartą na podstawie OWU, oznaczają:

1. Aneks

Dokument stanowiący integralną część Umowy ubezpieczenia, stwierdzający zmiany w Umowie ubezpieczenia.

2. Całkowite i trwałe inwalidztwo

Za Całkowite i trwałe inwalidztwo uważa się trwałą niezdolność, wynikającą z obrażeń ciała lub choroby, do podjęcia jakiegokolwiek działalności zarobkowej, połączonej z wymogiem pomocy innych osób przy czynnościach życia codziennego (np. przemieszczanie się, ubieranie, mycie, spożywanie posiłków).

Warunkiem koniecznym do uznania inwalidztwa za trwałe jest utrzymywanie się wyżej wymienionego stanu przez okres co najmniej 6 miesięcy (w przypadku zaburzeń neurologicznych 9 miesięcy) od powstania obrażeń lub rozpoznania choroby i zakończenia leczenia i rehabilitacji, jeżeli na koniec tego okresu według aktualnego stanu wiedzy medycznej stan zdrowia Ubezpieczonego nie ulegnie istotnej poprawie. Wymogu tego nie stosuje się w przypadku całkowitej utraty wzroku, utraty obu dłoni powyżej nadgarstka, obu stóp powyżej kostki lub jednej dłoni powyżej nadgarstka i jednej stopy powyżej kostki.

3. Choroba

Pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego niezależne od jego woli i nie spowodowane wypadkiem, potwierdzone obiektywnie, zgodnie z aktualnymi zasadami medycyny opartej na faktach.

4. Data ustalenia inwalidztwa

Data, w której można przyjąć, że według aktualnej wiedzy medycznej, pomimo zastosowanego leczenia i rehabilitacji, stan zdrowia Ubezpieczonego nie ulegnie istotnej poprawie.

5. Kapitał gwarantowany

Przewidywana na koniec ubezpieczenia suma przeznaczonych na oszczędzanie części wszystkich składek, z uwzględnieniem założenia corocznej indeksacji składki, zgodnie z wybranym przy zawieraniu umowy wskaźnikiem indeksacji.

Kapitał gwarantowany jest każdorazowo przeliczany w przypadkach: odmowy indeksacji, dokonania wpłaty składki dobrowolnej, wykupu częściowego, dystrybucji udziału w zyskach.

6. Nieszczęśliwy wypadek

Nagle, nieprzewidziane, spowodowane przyczyną zewnętrzną oraz niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu lub śmierci Ubezpieczonego.

Nie zalicza się do Nieszczęśliwych wypadków lub ich następstw: prób samobójczych, zatruc, odmrożeń, porażeń słonecznych, następstw wysiłku, bólów kręgosłupa pochodzenia kostnego, mięśniowego lub nerwowego, wszelkiego rodzaju przepuklin, pęknięć tętniaka, zawałów, wylewów, zespołu otępiennego, choroby Alzheimera, śpiączki cukrzycowej lub stanów hipoglikemii, przełomu tarczycowego lub nadnerczowego, zaostrzenia chorób przewlekłych, następstw przeprowadzonych operacji chirurgicznych nie związanych z zaistniałym zdarzeniem oraz innych stanów chorobowych występujących nagle.

7. Początek ubezpieczenia

Data umieszczona w Polisie, określająca początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela, pod warunkiem wcześniejszego opłacenia składki.

8. Polisa

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela stwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia pomiędzy stronami.

9. Przedstawiciel

Osoba działająca w imieniu i na rzecz Ubezpieczającego, której umocowanie wynika bezpośrednio z przepisów lub z oświadczenia Ubezpieczającego dokonanego w formie pisemnej.

10. Rocznicą umowy ubezpieczenia

Każda kolejna rocznica Początku ubezpieczenia, wskazanego w Polisie.

11. Rok polisowy

Okres 12 miesięcy licząc od Początku ubezpieczenia lub kolejnej Rocznicą umowy ubezpieczenia.

12. Suma ubezpieczenia

Kwota wskazana w Polisie, stanowiąca podstawę ustalania wysokości świadczeń.

13. Ubezpieczający

Podmiot, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany wobec Ubezpieczyciela do opłacania składek.

14. Ubezpieczony

Osoba fizyczna, której życie i zdrowie objęte są ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia oraz OWU.

15. Ubezpieczyciel

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

16. Umowa bezskładkowa

Umowa ubezpieczenia z ponownie określonym zakresem ochrony ubezpieczeniowej i wysokością świadczeń, przy jednoczesnym zwolnieniu z obowiązku opłacania składek, na warunkach określonych w OWU.

17. Ubezpieczenie dodatkowe

Ubezpieczenie, które rozszerza zakres ochrony przewidzianej w niniejszych OWU o dodatkowe świadczenia.

Rozszerzenie Umowy ubezpieczenia o Ubezpieczenia dodatkowe regulują Szczególne Warunki Ubezpieczenia (SzWU).

18. Uposażony

Osoba fizyczna lub osoba prawna uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, w zakresie i na warunkach określonych w OWU. Uposażonego wskazuje Ubezpieczający, w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek za uprzednią pisemną zgodą Ubezpieczonego.

19. Uprawniony

Osoba, która może ubiegać się o wypłatę świadczenia zgodnie z OWU, np. Uposażony, spadkobierca Ubezpieczonego albo inna osoba wskazana w OWU.

20. Wykup

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

21. Wykup częściowy

Wypłata, na wniosek Ubezpieczającego, części wartości Wykupu, na warunkach i w granicach określonych w OWU.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie lub dożycie Ubezpieczonego do końca obowiązywania umowy ubezpieczenia, w zakresie określonym w niniejszych OWU.

§ 4. Zakres ubezpieczenia

- Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu:
 - śmierci Ubezpieczonego z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności opisanych w § 24 niniejszych OWU,
 - śmierci Ubezpieczonego lub Całkowitego i trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - dożycia Ubezpieczonego do końca obowiązywania umowy ubezpieczenia.
- Zakres Umowy ubezpieczenia może być rozszerzony o Ubezpieczenia dodatkowe:
 - śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (załącznik nr 1 do OWU),
 - obrażenia cielesne w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (załącznik nr 2 do OWU).
- Zakres ubezpieczeń dodatkowych regulują SzWU, stanowiące załączniki nr 1 i nr 2 do OWU.

III. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5. Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

- Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczającemu jej warunki, w tym treść OWU oraz Dokument zawierający kluczowe informacje o produkcie ubezpieczeniowym (KID). Wzorce dokumentów w postaci elektronicznej Ubezpieczyciel doręcza w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli spełnione są razem następujące warunki:
 - Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 76 lat w dniu Początku ubezpieczenia,
 - Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, prawidłowo wypełnili i podpisali wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Ubezpieczyciela,
 - Ubezpieczający wpłacił na poczet składki kwotę w wysokości określonej we wniosku.
- Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo w innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez Przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na Przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
- Do zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek konieczna jest uprzednia pisemna zgoda Ubezpieczonego, która powinna obejmować także wysokość Sumy ubezpieczenia.

§ 6. Warunki akceptacji wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia

- Ubezpieczyciel jest zobowiązany do podjęcia decyzji w sprawie zawarcia Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia spełnienia warunków, o których mowa w § 5 niniejszych OWU.
- Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:
 - zapropozowania nowych warunków ubezpieczenia,
 - odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę (wniosek złożony na formularzu Ubezpieczyciela) Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu Polisé zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel jest zobowiązany zwrócić na to uwagę pisemnie przy doręczeniu Polisy. W przypadku, gdy nowe warunki ubezpieczenia zaproponowane przez Ubezpieczyciela nie zostaną przyjęte przez Ubezpieczającego, Ubezpieczający powinien zgłosić swój sprzeciw do Ubezpieczyciela na piśmie w terminie 7 dni od daty ich otrzymania.
- Jeżeli Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu w terminie wskazanym w ust.3, Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku na nowych warunkach, zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
- W przypadku zgłoszenia sprzeciwu przez Ubezpieczającego Umowa ubezpieczenia nie wywołuje skutków.

IV. RACHUNEK KAPITAŁ

§ 7. Utworzenie i prowadzenie Rachunku "Kapitał"

- W chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel utworzy dla Umowy ubezpieczenia rachunek „Kapitał”, na który będą przekazywane, po potrąceniu kosztów, przeznaczone do inwestowania części składek regularnych, oraz składek

- dobrowolnych wpłacanych przez Ubezpieczającego, jak również kwoty dopisywane do rachunku „Kapitał” przez Ubezpieczyciela z tytułu udziału w zyskach.
2. Na koniec każdego roku kalendarzowego, Ubezpieczyciel sporządzi rachunek wyników (w poniższym znaczeniu) w odniesieniu do umów ubezpieczenia Kapitał Plus, w celu określenia stopy oprocentowania dla wszystkich umów ubezpieczenia Kapitał Plus:
 - a. po stronie „ma” w rachunku wyników będą zapisywane:
 - i. dochody netto z lokat, związanych z rachunkami „Kapitał” dla umów ubezpieczenia Kapitał Plus,
 - ii. wartość dodatkowa netto uzyskana w wyniku sprzedaży lokat,
 - iii. zmniejszenie wartości rezerwy na obniżenie wartości lokat;
 - b. po stronie „winien” na rachunku będą zapisywane:
 - i. strata netto w wyniku sprzedaży lokat,
 - ii. zwiększenie wartości rezerwy na obniżenie wartości lokat,
 - iii. ewentualne przeniesienie ujemnego wyniku finansowego z poprzedniego roku,
 - iv. koszty związane z zarządzaniem w wysokości 1% wartości rachunków „Kapitał”, według stanu w dniu 31 grudnia danego roku.
 3. Kwota dopisywana na rachunku „Kapitał” z tytułu udziału w zyskach wyniesie nie mniej niż 60% dodatniego salda ustalonego na podstawie rachunku wyników sporządzonego na koniec każdego roku kalendarzowego.
 4. Kwoty z tytułu udziału w rachunku wyników będą należne w dniu 31 grudnia danego roku na podstawie umów ubezpieczenia Kapitał Plus i będą dopisywane na rachunku „Kapitał” w dniu 1 stycznia następnego roku.

V. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8. Początek odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia Początku ubezpieczenia wskazanego w Polisie, jednak nie wcześniej niż po opłaceniu składki.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres od 5 do 20 lat, w pełnych latach, z zastrzeżeniem, że nie dłużej niż do najbliższej rocznicy Umowy ubezpieczenia po dniu, w którym Ubezpieczony ukończy 80 lat.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu śmierci Ubezpieczonego obowiązuje przez cały okres ubezpieczenia, zgodnie z zapisami niniejszych OWU.
4. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego złożonego w formie pisemnej o wyrażeniu przez niego zgody na zawarcie na jego rzecz Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.1.
5. Oświadczenie o wyrażeniu zgody, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno obejmować w szczególności zgodę na wysokość Sumy ubezpieczenia.

§ 9. Koniec odpowiedzialności i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa:
 - a. z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - b. z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
 - c. z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia,
 - d. na skutek nieopłacenia należnej składki w terminie, o którym mowa w § 18, ust.2.a.,
 - e. z dniem wypłaty wartości Wykupu, o którym mowa w § 13, ust.4.

VI. ROZWIĄZANIE/ZAKOŃCZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek jednej z przyczyn opisanych w § 9, ust.1.
2. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego wygasa.

§ 11. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a jeżeli Ubezpieczający jest osobą prawną termin ten wynosi 7 dni. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia musi być doręczone Ubezpieczycielowi na piśmie. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa z chwilą otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu.
2. W przypadku odstąpienia od umowy Ubezpieczyciel zobowiązuje się zwrócić Ubezpieczającemu składkę wpłaconą przy zawieraniu Umowy. Ubezpieczyciel ma prawo do potrącenia części składki należnej za okres, przez jaki udzielał ochrony. Ubezpieczyciel zwraca składkę przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego, w terminie 30 dni od dnia odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
3. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia bez jednoczesnej obecności obu stron Umowy, przy użyciu środków porozumiewania się na odległość, Ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od Umowy ubezpieczenia, bez podania przyczyny, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia Ubezpieczającemu podstawowych informacji o Ubezpieczycielu i jego ofercie, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

§ 12. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia musi być doręczone Ubezpieczycielowi na piśmie.
2. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. W razie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia zastosowanie mają postanowienia OWU dotyczące Wykupu.

§ 13. Wykup

1. Ubezpieczający ma prawo do Wykupu, pod warunkiem opłacenia należnych składek za okres co najmniej sześciu miesięcy od Początku ubezpieczenia.
2. Wartość Wykupu wyniesie:
 - a. w pierwszym roku trwania Umowy ubezpieczenia, licząc od daty Początku Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci 80% bieżącej wartości rachunku „Kapitał”,
 - b. w drugim roku trwania Umowy ubezpieczenia, licząc od daty Początku Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci 84% bieżącej wartości rachunku „Kapitał”,
 - c. w trzecim roku trwania Umowy ubezpieczenia, licząc od daty Początku Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci 88% bieżącej wartości rachunku „Kapitał”,
 - d. w czwartym roku trwania Umowy ubezpieczenia, licząc od daty Początku Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci 92% bieżącej wartości rachunku „Kapitał”,
 - e. w piątym roku trwania Umowy ubezpieczenia, licząc od daty Początku Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci 96% bieżącej wartości rachunku „Kapitał”,
 - f. począwszy od szóstego roku trwania Umowy ubezpieczenia, licząc od daty Początku ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci 100% bieżącej wartości rachunku „Kapitał”.
3. Wypłata wartości Wykupu następuje na wniosek Ubezpieczającego, w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku o Wykup, zawierającego:
 - a. numer polisy,
 - b. numer rachunku bankowego do wypłaty,
 - c. własnoręczny podpis Ubezpieczającego,
 - d. numer PESEL Ubezpieczającego/ kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczającego.
4. Wypłata wartości Wykupu powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.

§ 14. Wykup częściowy

1. Ubezpieczający ma prawo do Wykupu częściowego pod warunkiem opłacenia należnych składek za okres co najmniej dwóch pełnych lat od Początku ubezpieczenia.
2. Wartość Wykupu częściowego wyniesie:
 - a. w trzecim roku trwania Umowy ubezpieczenia, licząc od daty Początku Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci 88% wartości Wykupu częściowego,
 - b. w czwartym roku trwania Umowy ubezpieczenia, licząc od daty Początku Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci 92% wartości Wykupu częściowego,
 - c. w piątym roku trwania Umowy ubezpieczenia, licząc od daty Początku Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci 96% wartości Wykupu częściowego.
3. Wypłata wartości Wykupu częściowego nastąpi po złożeniu przez Ubezpieczającego wniosku o Wykup częściowy polisy zawierającego:
 - a. tytuł wniosku „wniosek o Wykup częściowy” w nagłówku pisma,
 - b. numer Polisy,
 - c. numer rachunku bankowego do wypłaty,
 - d. wnioskowaną kwotę Wykupu częściowego i wysokość kwoty, o jaką ma być pomniejszony rachunek „Kapitał”,
 - e. własnoręczny podpis Ubezpieczającego,
 - f. numer PESEL Ubezpieczającego/ kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczającego.
4. Wykup częściowy może zostać dokonany pod warunkiem pozostawienia na rachunku „Kapitał” kwoty w wysokości nie mniejszej niż 1 000 zł.
5. Minimalna kwota, o jaką może być pomniejszony rachunek „Kapitał” wynosi 1 000 zł.
6. Wypłata wartości Wykupu częściowego powoduje obniżenie Kapitału gwarantowanego na koniec Umowy ubezpieczenia o wysokość zmniejszenia rachunku „Kapitał”.

VII. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

§ 15. Ustalenie Sumy ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia jest ustalana indywidualnie, na wniosek Ubezpieczającego.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia jest równa kwocie Kapitału gwarantowanego.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy wypadek jest równa aktualnej wartości rachunku „Kapitał”.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub Całkowitego i trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wyniesie w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu:

Wariant	Suma ubezpieczenia
1	10 000 zł
2	20 000 zł
3	30 000 zł
4	40 000 zł
5	50 000 zł

5. Wysokość Sumy ubezpieczenia wskazana jest w Polisie.
6. Wysokość Sumy ubezpieczenia dla ubezpieczeń dodatkowych określone są w SzWU, stanowiących Załącznik nr 1 i nr 2 do OWU.

§ 16. Ustalenie składki

1. Wysokość składki, jej częstotliwość oraz termin i sposób opłacania określone są w Polisie.

2. Wysokość składki obliczana jest metodami matematyki ubezpieczeniowej z uwzględnieniem wieku Ubezpieczonego i gwarantowanej Sumy ubezpieczenia oraz przewidywanych kosztów ryzyka, administracji i akwizycji.
3. Udział kosztów zarządzania i kosztów akwizycji wynosi łącznie 5% składki dotyczącej gwarancji podstawowej.
4. Składka obejmuje także gwarancje dodatkowe wynikające z Ubezpieczeń dodatkowych, o których mowa w § 4, ust.2. jeżeli miały zastosowanie.
5. Składka jest opłacana okresowo z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną.
6. Ubezpieczający ma prawo zmienić częstotliwość opłacania składki w każdą Rocznicę umowy ubezpieczenia, składając do Ubezpieczyciela wniosek najpóźniej na 30 dni przed tą rocznicą.
7. Składki dobrowolne:
 - a. Ubezpieczający może w dowolnym momencie Umowy ubezpieczenia dokonywać dodatkowych wpłat składek dobrowolnych, w pełnych złotych, w wysokości jednorazowo nie mniejszej niż wskazana w Polisie ubezpieczeniowej (minimalna składka dobrowolna),
 - b. wpłaty dokonywane są na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela, z podaniem Ubezpieczającego, numeru Polisy oraz tytułu wpłaty, zawierającego numer polisy oraz dopisek "wpłata dodatkowa",
 - c. udział kosztów zarządzania i kosztów akwizycji w składce dobrowolnej wynosi łącznie 3% składki,
 - d. dodatkowe wpłaty, po potrąceniu kosztów, zapisywane są na rachunku „Kapitał”.

§ 17. Indeksacja składki

1. W chwili zawierania Ubezpieczenia Ubezpieczający dokonuje wyboru stopy indeksacji składki spośród dostępnych wariantów:

Wariant	Stopa indeksacji
1	0%
2	2%
3	4%
4	6%
5	8%
6	10%

2. Każdego roku, w Rocznicę Umowy ubezpieczenia, składka ubezpieczeniowa za ubezpieczenie podstawowe zostanie powiększona wg stawki wybranej przez Ubezpieczającego we wniosku ubezpieczeniowym, 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 kolejnym roku Umowy ubezpieczenia 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 indeksacji, Kapitał gwarantowany na koniec Umowy ubezpieczenia ulegnie zmianie, z uwzględnieniem składek wynikających z odmowy tej indeksacji.

§ 18. Opłacanie składki oraz skutki nieopłacenia składek

1. Termin płatności uznaje się za zachowany, jeżeli najpóźniej w terminie płatności wskazanym w Polisie Ubezpieczający dokona płatności składki.
2. Niezapłacenie w terminie raty składki spowoduje:
 - a. ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający nie wpłaci zaległej składki w terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty określającym skutki braku wpłaty, wystosowanym przez Ubezpieczyciela po upływie terminu do zapłaty, jeżeli Umowa nie posiadała wartości Wykupu w dniu wymagalności składki, albo
 - b. przekształceniem Umowy ubezpieczenia w Umowę bezskładkową, jeżeli Umowa ubezpieczenia spełnia warunki do przekształcenia w Umowę bezskładkową, o których mowa w § 19.
3. W przypadku wystąpienia zaległości w zapłacie składek, otrzymane wpłaty zalicza się w pierwszej kolejności na pokrycie zaległych składek.
4. Umowa ubezpieczenia rozwiązana z powodu, o którym mowa w ust.2. powyżej, może zostać przywrócona na dotychczasowych warunkach w okresie trzech miesięcy od jej rozwiązania. Przywrócenie Umowy ubezpieczenia następuje na wniosek Ubezpieczającego, pod warunkiem wyrażenia zgody przez Ubezpieczyciela. Ponadto, Ubezpieczyciel może uzależnić przywrócenie Umowy ubezpieczenia od spełnienia warunków określonych w rozdziale III niniejszych OWU i opłacenia zaległych składek za okres przed rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust.2.a. powyżej.

§ 19. Umowa bezskładkowa

1. Umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w Umowę bezskładkową:
 - a. na wniosek Ubezpieczającego,
 - b. decyzją Ubezpieczyciela, w przypadku zalegania przez Ubezpieczającego z opłatą składek.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w Umowę bezskładkową po upływie jednego roku, licząc od daty Początku ubezpieczenia, pod warunkiem, że składki należne za pierwszy rok trwania Umowy ubezpieczenia zostały opłacone.
3. Od momentu przejścia Umowy w Umowę bezskładkową:
 - a. Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek,
 - b. Kapitał gwarantowany na koniec Umowy ubezpieczenia zostaje ponownie przeliczony, uwzględniając aktualny stan rachunku „Kapitał”,
 - c. wygasają, jeżeli miały zastosowanie Ubezpieczenia dodatkowe, o których mowa w § 4, ust.3.

4. Przekształcenie w Umowę bezskładkową jest skuteczne, jeżeli po upływie terminu określonego w Polisie ubezpieczeniowej składka lub jej rata nie została opłacona, mimo wezwania do zapłaty w dodatkowym, wskazanym w wezwaniu do zapłaty terminie i poinformowaniu Ubezpieczającego o skutkach nieopłacenia składki.
5. Ubezpieczyciel ma prawo automatycznie zastąpić przekształcenie w Umowę bezskładkową Wykupem polisy, jeżeli wartość obniżonej Sumy ubezpieczenia jest niższa od 1 000 złotych.

VIII. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 20. Ustalenie wysokości świadczenia

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego z przyczyny innej niż w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe bieżącej wartości rachunku "Kapitał".
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Całkowitego i trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie bieżącej wartości rachunku "Kapitał" oraz Sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 15, ust.4. Za śmierć spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem uznaje się również śmierć będącą bezpośrednim następstwem Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wystąpi najpóźniej w ciągu 180 dni od daty tego wypadku.
3. W przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca obowiązywania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe bieżącej wartości rachunku "Kapitał".

§ 21. Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uposażeni lub Uprawnieni zobowiązani są powiadomić Ubezpieczyciela o zaistniałym zdarzeniu oraz dostarczyć Ubezpieczycielowi:
 - a. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b. akt zgonu Ubezpieczonego,
 - c. kopię karty zgonu z określeniem przyczyny zgonu Ubezpieczonego,
 - d. urzędowy dokument potwierdzający tożsamość każdego z Uposażonych lub Uprawnionych,
 - e. w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, raport policji o okolicznościach w jakich miał miejsce wypadek.
2. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa warunkiem uzyskania świadczenia jest ustalenie stanu inwalidztwa, to jest stwierdzenie ostatecznego charakteru Całkowitego i trwałego inwalidztwa, a Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - a. poddania się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości we wskazanej przez Ubezpieczyciela placówce medycznej, a koszt tych badań ponosi Ubezpieczyciel,
 - b. przekazania dokumentacji medycznej będącej w jego posiadaniu, a wymaganej przez Ubezpieczyciela.
3. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć niezwłocznie Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a. wniosek o wypłatę świadczenia wraz z numerem Polisy ubezpieczeniowej,
 - b. zaświadczenie lekarskie stwierdzające stan zdrowia Ubezpieczonego oraz zawierające opis przebiegu leczenia,
 - c. dokument urzędowy stwierdzający tożsamość Ubezpieczonego.
4. W sytuacji, kiedy dokumenty wymienione w ust.1.,2.,3. powyżej okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, które określi w pisemnym wezwaniu.

§ 22. Wypłata świadczenia

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z tym roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli to jest niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do lekarzy, placówek służby zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, organów państwowych lub instytucji o dostarczenie dodatkowych dokumentów umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia.
3. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić Uposażonemu, Ubezpieczającemu lub innej osobie występującej z roszczeniem informacje 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.
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.
7. Uposażonemu przysługuje prawo odwołania od powyższej decyzji do Dyrekcji Ubezpieczyciela w terminie 14 dni od daty jej otrzymania.

IX. OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 23. Wskazanie i zmiana Uposażonych

1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub kilku Uposażonych uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
2. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych do otrzymania świadczenia, a nie oznaczono udziału każdego z nich, ich udziały są równe.
3. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, udział Uposażonego lub Uposażonych, który w chwili śmierci Ubezpieczonego nie żył przypada pozostałym Uposażonym, proporcjonalnie do ich udziałów.
4. Jeżeli nie wskazano Uposażonego należne świadczenie jest wypłacane spadkobiercom Ubezpieczonego, wskazanym w sądowym postanowieniu o stwierdzeniu nabycia spadku albo w akcie poświadczenia dziedziczenia sporządzonym przez notariusza, proporcjonalnie do ich udziałów.
5. Ubezpieczający może zmienić Uposażonego lub Uposażonych w każdym czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
6. Wskazanie oraz zmiana Uposażonych wymaga zachowania formy pisemnej. Zmiana Uposażonych jest skuteczna z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o zmianie.
7. Ubezpieczyciel potwierdza zmianę Uposażonych pocztą elektroniczną, na adres podany we wniosku ubezpieczeniowym lub jeżeli ten uległ zmianie, na inny adres podany przez Ubezpieczającego do korespondencji w sprawach dotyczących Umowy ubezpieczenia.

X. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA

§ 24. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie pierwszych dwóch lat trwania Umowy ubezpieczenia i była wynikiem samobójstwa Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - a. wojny, wojny domowej, stanu wojennego, katastrof ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, demonstracjach, aktach terroryzmu lub sabotażu, bójkach (za wyjątkiem przypadków obrony koniecznej),
 - b. zażycia środków odurzających, w tym narkotyków niezgodnie z zaleceniami lekarskimi lub spożycia alkoholu w dawce powodującej przekroczenie dopuszczalnego prawem stężenia alkoholu we krwi, o ile jest to bezpośrednią przyczyną zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową zgodnie z OWU,
 - c. wypadku, samookaleczenia lub choroby, spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego,
 - d. popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - e. uprawiania zajęć rekreacyjnych o podwyższonym stopniu ryzyka lub sportów ekstremalnych, takich jak: wspinaczka skalna, lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, speleologia, bouldering, parkour, canyoning, kajakerstwo górskie, rafting, hydrospeed, kitesurfing oraz windsurfing, paddleboarding, sporty motorowodne, nurkowanie oraz freediving, skoki narciarskie, skialpinizm, freeskiing, skoki na bungee, spadochroniarstwo, paralotniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, udział i próby w wyścigach lub rajdach samochodowych, jazda na gokartach oraz kartingach, sztuki walki, zorbing, pirotechnika oraz wszelkiego rodzaju sporty obronne,
 - f. prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu bez ważnych uprawnień do prowadzenia pojazdu lub ważnego badania technicznego pojazdu,
 - g. wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.

XI. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 25. Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki za czas trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 11.
3. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 12.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do informowania o zmianie danych osobowych, w tym adresów Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonych.
5. W przypadku zawierania Umowy na cudzy rachunek, Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Ubezpieczonemu pisemnych informacji o proponowanych zmianach, o których mowa w § 6, ust.2.a., a Ubezpieczony jest zobowiązany wyrazić zgodę na te zmiany, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
6. Pisemna zgoda Ubezpieczonego wymagana jest również w przypadku zmiany postanowień w Umowie ubezpieczenia. Zmiana umowy dokonana bez zgody Ubezpieczonego nie może naruszać jego praw ani praw osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
7. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony, jeżeli nie jest Ubezpieczającym, są zobowiązani do przekazania Ubezpieczycielowi wszystkich danych, o które pytał Ubezpieczyciel, niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia.

§ 26. Obowiązki Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do:
 - a. doręczenia Ubezpieczającemu OWU oraz Dokumentu zawierającego kluczowe informacje o produkcie ubezpieczeniowym (KID) przed zawarciem Umowy ubezpieczenia,
 - b. potwierdzenia zawarcia Umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie Polisy i doręczenie jej Ubezpieczającemu,
 - c. wypłaty świadczenia zgodnie z OWU, SzWU, o których mowa w § 4, ust.3. oraz przepisami prawa.

2. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego pisemnej zgody na zmianę warunków lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest obowiązany przekazać informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.

§ 27. Zawiadomienia i oświadczenia

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego odnoszą skutek, jeżeli zostały doręczone Ubezpieczycielowi na piśmie, pocztą elektroniczną na adres podany przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia lub w trakcie aktualizacji danych kontaktowych w okresie trwania Umowy, albo na innym trwałym nośniku, chyba że z treści OWU wynika, że konieczna jest forma pisemna zgody lub oświadczenia.
2. Pisma Ubezpieczyciela kierowane do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby Uprawnionej z tytułu Umowy ubezpieczenia kierowane będą na ostatni znany Ubezpieczycielowi adres korespondencyjny, a w przypadku, gdy osoby te wyraziły na to zgodę, na ostatni adres elektroniczny podany przez te osoby, albo w inny uzgodniony sposób.
3. Ubezpieczyciel, Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu i innych danych kontaktowych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z Umową ubezpieczenia.
4. Oświadczenia Ubezpieczyciela o odmowie przyznania świadczenia w całości lub części składane są wyłącznie na piśmie.
5. W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Ubezpieczonemu pisemne informacje, o których mowa w ust.1., powyżej.

XII. REKLAMACJE

§ 28. Składanie i rozpatrywanie reklamacji

1. Prawo do złożenia reklamacji przysługuje każdej osobie fizycznej będącej Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym, zwanej dalej „Klientem”.
2. Reklamacje mogą być zgłaszane przez Klienta:
 - a. pisemnie:
 - osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela (Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce, ul. Emilii Plater 28, 00-688 Warszawa) oraz w każdym biurze handlowym obsługującym Klientów,
 - pocztą na adres: Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce, ul. Emilii Plater 28; 00-688 Warszawa,
 - b. pocztą elektroniczną: na adres e-mail: reklamacje@prevoir.pl,
 - c. telefonicznie: na numer telefonu (22) 572 80 00.
3. W przypadku złożenia reklamacji telefonicznie, osoba przyjmująca reklamację sporządzi notatkę ze wskazaniem następujących danych: data, imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu), opis zastrzeżeń Klienta dotyczących usług świadczonych przez Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce.
4. Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce udziela odpowiedzi na reklamacje bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W przypadku szczególnie skomplikowanych spraw, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce poinformuje składającego reklamację o:
 - a. przyczynach opóźnienia,
 - b. okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - c. przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź na reklamacje udzielana jest w postaci papierowej. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. Niezależnie od powyższej procedury reklamacyjnej, Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego oraz prawo do wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.

XIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 29. Przedawnienia

1. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem trzech lat.
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 z dniem uznania roszczenia albo z dniem rozpoczęcia każdej czynności przed sądem, lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń, przedsiewziętą bezpośrednio w związku z roszczeniem.
4. Po każdym przerwaniu przedawnienia biegnie ono na nowo.

§ 30. Sąd właściwy

Do rozpatrywania spraw, w których stroną jest Ubezpieczyciel, właściwe są polskie sądy powszechne. Powództwo o roszczenie wynikające z postanowień Umowy ubezpieczenia 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, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia – w przypadku ich śmierci.

§ 31. Prawo właściwe i opodatkowanie świadczeń

1. Ubezpieczyciel, zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wskazuje miejsce ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń: ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution), 61 Rue Taitbout, 75436 Paryż (Cedex 09), Francja.

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.

§ 32. Sprawy nieuregulowane w OWU

W sprawach nieuregulowanych w OWU oraz Umowie ubezpieczenia mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w tym kodeksu cywilnego i ustawy z 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z późniejszymi zmianami.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01 września 2023 roku.

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



KHAMSAYA SOUKHAVONG
Dyrektor Oddziału Prévoir w Polsce

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
ŚMIERĆ LUB CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 1. Wprowadzenie

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie Kapitał Plus, zawartej na podstawie OWU (dalej „Umowa podstawowa”) w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o Śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (dalej „Ubezpieczenie dodatkowe”).

§ 2. Definicje

W wyrażeniach użytych w niniejszych SzWU, Polisie oraz wszelkich innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela w związku z Ubezpieczeniem dodatkowym, mają zastosowanie definicje w OWU uzupełnione o niżej podaną definicję:

Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny

Oznacza rodzaj Nieszczęśliwego wypadku, zaistniały w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, spowodowany:

- a. przez dowolny pojazd w chwili, gdy Ubezpieczony porusza się pieszo po drodze publicznej lub prywatnej,
- b. użytkowaniem przez Ubezpieczonego, w charakterze kierowcy lub pasażera, drogowego lub kolejowego środka transportu (publicznego lub prywatnego),
- c. użytkowaniem przez Ubezpieczonego – wyłącznie w charakterze pasażera – lotniczego, morskiego lub rzecznoego środka transportu zbiorowego pod warunkiem, że transport ten wykonywany jest przez licencjonowane linie przewozowe w zakresie przewozów osób.

Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny nie obejmuje użytkowania przez Ubezpieczonego – w charakterze kierowcy lub pasażera - dwukołowego lub trójkołowego pojazdu silnikowego lub quada.

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego, na zasadach określonych w niniejszych SzWU.

§ 4. Zakres i Suma ubezpieczenia

1. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikającej z Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności opisanych w § 24 OWU oraz Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
2. Za śmierć spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym uznaje się również śmierć będącą bezpośrednim następstwem Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, jeżeli wystąpi najpóźniej w ciągu 180 dni od daty tego wypadku.
3. W przypadku śmierci spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonym świadczenie w wysokości 50 000 złotych.
4. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50 000 złotych.

§ 5. Warunki przystąpienia do Ubezpieczenia dodatkowego i czas trwania odpowiedzialności

1. Rozszerzenie Umowy podstawowej o Ubezpieczenie dodatkowe jest możliwe wyłącznie przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia oraz pod warunkiem, że w dniu początku ubezpieczenia wskazanym we wniosku Ubezpieczony nie ukończył 76 lat.
2. Ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w niniejszych SzWU obowiązuje wyłącznie w okresie obowiązywania Umowy podstawowej.

§ 6. Wygaśnięcie Ubezpieczenie dodatkowego

1. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nastąpi:
 - a. w najbliższą Rocznicę Umowy ubezpieczenia po dniu, w którym Ubezpieczony ukończy 80 lat,
 - b. w Rocznicę Umowy ubezpieczenia, na skutek pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, przekazanego Ubezpieczycielowi najpóźniej na 45 dni przed Rocznicą Umowy ubezpieczenia.
2. W przypadkach wymienionych w ust.1.a. do b. wysokość składki obowiązującej dla Umowy ubezpieczenia zostaje ponownie ustalona, z wyłączeniem gwarancji Śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
3. Zawiadomienie o skorygowanej wysokości składki Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczonemu w trybie zgodnym z zapisami OWU § 27, ust.1., przed terminem jej wymagalności.
4. W przypadku śmierci lub Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego następuje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego i rozwiązanie Umowy podstawowej.

§ 7. Dokumenty wymagane do wypłaty świadczenia

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Uposażeni zobowiązani są powiadomić Ubezpieczyciela o zaistniałym zdarzeniu oraz dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a. wniosek o wypłatę świadczenia należnego z Ubezpieczenia dodatkowego,
 - b. akt zgonu Ubezpieczonego,
 - c. kopię karty zgonu Ubezpieczonego z określeniem przyczyn śmierci,
 - d. raport policji lub innego organu prowadzącego postępowanie o okolicznościach w jakich miał miejsce wypadek.
2. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Ubezpieczony, lub inna osoba występująca z roszczeniem, obowiązani są powiadomić Ubezpieczyciela o zaistniałym zdarzeniu oraz dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a. wniosek o wypłatę świadczenia należnego z Ubezpieczenia dodatkowego,
 - b. raport policji o okolicznościach w jakich miał miejsce wypadek,
 - c. zaświadczenie lekarskie stwierdzające stan zdrowia Ubezpieczonego oraz zawierające opis przebiegu leczenia,

- d. kopie kart wypisowych z pobytu w szpitalach.
- 3. Wypłata świadczenia następuje po ustaleniu stanu inwalidztwa, tj. po stwierdzeniu ostatecznego charakteru Całkowitego i trwałego inwalidztwa.
- 4. Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - a. poddania się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości we wskazanej przez Ubezpieczyciela placówce medycznej,
 - b. przekazania dokumentacji medycznej będącej w jego posiadaniu, a wymaganej przez Ubezpieczyciela.
- 5. Koszty badań lekarskich, o której mowa w ust.4.a., ponosi Ubezpieczyciel.
- 6. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Uposażonego lub organów i instytucji o dostarczenie dodatkowych dokumentów, które mogą być w ich posiadaniu, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia.
- 7. 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.

§ 8. Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych w SzWU mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU.

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



KHAMSAYA SOUKHAVONG

Dyrektor Oddziału Prévoir w Polsce

ZAŁĄCZNIK NR 2

Do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie Kapitał Plus

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO OBRAŻENIA CIELESNE W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. Wprowadzenie

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie Kapitał Plus, zawartej na podstawie OWU (dalej „Umowa podstawowa”) w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o **Obrażenia cielesne w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** (dalej „Ubezpieczenie dodatkowe”).

§ 2. Definicje

W wyrażeniach użytych w niniejszych SzWU, Polisie oraz wszelkich innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela w związku z Ubezpieczeniem dodatkowym, mają zastosowanie definicje w OWU, uzupełnione o niżej podane określenia:

Obrażenia cielesne

Złamania lub Oparzenia 2-go albo 3-go stopnia będące wyłącznie bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.

Nie zalicza się do Obrażeń cielesnych następstw zdarzeń spowodowanych: stanem demencji Ubezpieczonego, zmianami krążków międzykręgowych (przepuklina dysku, zapalenie krążka międzykręgowego, zwyrodnienie dysku), a także oparzeń spowodowanych ekspozycją na słońce lub sztuczne źródła opalające.

Złamanie

Nagłe, pourazowe, całkowite przerwanie ciągłości tkanki kostnej, z wyłączeniem złamania zęba, złamania awulsyjnego, złamania patologicznego, nadłamania, pęknięć i mikrourazów kości oraz uszkodzenia struktur chrzęstnych.

Oparzenie 2-go stopnia

Zniszczenie naskórka spowodowane działaniem ciepła, środków żrących, prądu lub promieniowania sztucznego, któremu towarzyszy pojawienie się pęcherzy.

Oparzenie 3-go stopnia

Całkowite zniszczenie naskórka i skóry właściwej spowodowane działaniem ciepła, środków żrących, prądu lub promieniowania sztucznego.

Suma ubezpieczenia dla Ubezpieczenia dodatkowego

Kwota wskazana w Polisie, stanowiąca podstawę ustalania wysokości świadczenia z tytułu Obrażeń cielesnych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, na zasadach określonych w niniejszych SzWU.

§ 4. Zakres i Suma ubezpieczenia

- Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Obrażenia cielesne powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikającej z Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności opisanych w § 24 OWU i § 8 SzWU.
- Suma ubezpieczenia dla Ubezpieczenia dodatkowego wynosi 15 000 złotych.
- W przypadku wystąpienia Obrażeń cielesnych w wyniku zdarzenia opisanego w ust.1. powyżej, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie stanowiące procent Sumy ubezpieczenia (SU) dla Ubezpieczenia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą podaną w ust.4., z zastrzeżeniem poniżej:
 - w przypadku Złamania kilku kości wypłacone będzie świadczenie z tytułu Złamania tylko jednej kości, najwyżej wycenianej w tabeli podanej w ust.4.,
 - łącna kwota świadczenia wypłacona Ubezpieczonemu w wyniku różnych Obrażeń cielesnych spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia.
- Obrażenia objęte ochroną z tytułu Umowy dodatkowej obejmują:

Rodzaj obrażenia	Świadczenie jako % SU
1. złamania	
Kość udowa lub szyjka kości udowej, biodro, miednica	100%
Kręgosłup z wymogiem odbarczenia neurochirurgicznego	85%
Kostka, kość piszczelowa	65%
Mózgoczaszka	50%
Kości twarzy	35%
Kość ramienna, kość promieniowa, kość łokciowa, kość strzałkowa	25%
Inne złamania	10%
2. oparzenia 2-go i 3-go stopnia	
40% lub większa powierzchnia ciała	100%
30% lub większa powierzchnia ciała	65%
20% lub większa powierzchnia ciała	35%
10% lub większa powierzchnia ciała	20%

§ 5. Warunki przystąpienia do Ubezpieczenia dodatkowego i czas trwania odpowiedzialności

- Rozszerzenie Umowy podstawowej o Ubezpieczenie dodatkowe jest możliwe wyłącznie w dniu zawierania Umowy ubezpieczenia oraz pod warunkiem, że w dniu początku ubezpieczenia wskazanym we wniosku Ubezpieczony nie ukończył 61 lat.
- Ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w niniejszych SzWU obowiązuje wyłącznie w okresie obowiązywania Umowy podstawowej.

§ 6. Wygaśnięcie Ubezpieczenia dodatkowego

1. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje:
 - a. w najbliższą Rocznicę Umowy ubezpieczenia po dniu, w którym Ubezpieczony ukończy 65 lat,
 - b. w Rocznicę Umowy ubezpieczenia, na skutek pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, przekazanego Ubezpieczycielowi najpóźniej na 45 dni przed Rocznicą Umowy ubezpieczenia,
 - c. w przypadku wypłaty przez Ubezpieczyciela łącznie 200% Sumy ubezpieczenia w czasie obowiązywania Ubezpieczenia dodatkowego.
2. W przypadkach wymienionych w ust.1.a. do c. wysokość składki obowiązującej dla Umowy ubezpieczenia zostaje ponownie ustalona, z wyłączeniem gwarancji Obrażenia cielesne w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
3. Zawiadomienie o skorygowanej wysokości składki Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczonemu w trybie zgodnym z zapisami OWU § 27, ust.1., przed terminem wymagalności kolejnej składki należnej z Umowy ubezpieczenia.

§ 7. Dokumenty wymagane do wypłaty świadczenia

1. W przypadku powstania Obrażeń cielesnych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest powiadomić Ubezpieczyciela o zaistniałym zdarzeniu oraz dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a. wniosek o wypłatę świadczenia należnego z Ubezpieczenia dodatkowego,
 - b. kopię karty z pobytu szpitalnego lub dokumentacji ambulatoryjnej określające charakter leczenia, odbyte zabiegi, datę przyjęcia i wypisania ze szpitala lub przewidywaną datę wypisania, zdjęcie radiologiczne złamanej kości, zdjęcie Oparzenia,
 - c. dokument zaświadczający o wypadku, wydany przez właściwe władze i określający wypadek, jego miejsce, datę i okoliczności.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Ubezpieczonego lub organów i instytucji o dostarczenie dodatkowych dokumentów, które mogą być w ich posiadaniu, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia.
3. Ubezpieczyciel ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości we wskazanej przez Ubezpieczyciela placówce medycznej.
4. Koszt badań lekarskich, o których mowa w ust.3. ponosi Ubezpieczyciel.

§ 8. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Obrażenia cielesne w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego Ubezpieczeniem dodatkowym.
2. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności w przypadku powstania Obrażeń cielesnych innych niż określono w § 4 ust.4.
3. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności w przypadku powstania Obrażeń cielesnych Ubezpieczonego spowodowanych jakąkolwiek Chorobą lub wypadkiem zaistniałymi przed obowiązywaniem niniejszej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 9. Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych w SzWU mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU.

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



KHAMSAYA SOUKHAVONG
Dyrektor Oddziału Prévoir w Polsce