



miniMAX plus

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SKOROWIDZ

POSTANOWIENIA OGÓLNE	3
DEFINICJE	3
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA.....	5
OKRES KARENCJI	5
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA.....	5
POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY	6
USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ	6
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	8
OSOBY UPRAWNIONE DO UZYSKANIA ŚWIADCZENIA.....	8
SKŁADKI.....	8
WARUNKI WYPŁATY ŚWIADCZENI	9
PODSTAWY UMOWY	10
PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZYCIELA	10
ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA	10
INFORMACJA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO O WARTOŚCI WYKUPU	10
REKLAMACJE	10
WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU	11
PRZEDAWNICTWO	11
PRAWO WŁAŚCIWE I OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	11

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 na życie **miniMAX plus (01/06/2020)**:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<u>OWU</u> § 1, § 2, § 7, § 9, § 12 - 14, § 18, § 21 z zastosowaniem definicji
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<u>OWU</u> § 2, § 3, § 7, § 8, § 12- 14, § 21, z zastosowaniem definicji

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Ogólne Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie **miniMAX plus** (dalej „OWU”) stosuje się do Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie **miniMAX plus** (dalej „Umowa ubezpieczenia” albo „Umowa”).

DEFINICJE

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

1. **Amputacja (odjęcie)**
Trwałe usunięcie narządu lub jego części, w odniesieniu do usunięcia kończyny górnej lub dolnej, przebiegające z przecięciem kości i wytworzeniem kikuta.
2. **Aneks**
Dokument stanowiący integralną część Umowy ubezpieczenia, stwierdzający zmiany w Umowie ubezpieczenia.
3. **Całkowite i trwałe inwalidztwo**
Całkowita i trwała (do końca życia) niezdolność do wykonywania przez Ubezpieczonego jakiejkolwiek pracy, zajęcia lub zawodu, zapewniających mu dochód lub zysk, połączona z wymogiem pomocy innych osób przy czynnościach życia codziennego (np. przemieszczanie się, ubieranie, mycie, spożywanie posiłków), która powstała w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, w okresie 2 lat od rozpoznania Choroby lub zajścia Nieszczęśliwego wypadku i stwierdzona została przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela.
Poza przypadkiem ewidentnego, nieodwracalnego i całkowitego inwalidztwa do uznania inwalidztwa wymagane jest zakończenie leczenia i rehabilitacji oraz utrzymywanie się wyżej wymienionego stanu przez okres co najmniej 6 miesięcy (w przypadku zaburzeń neurologicznych 9 miesięcy) od zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoznania Choroby. Do uznania inwalidztwa za trwałe konieczne jest również stwierdzenie, że według aktualnego stanu wiedzy medycznej stan zdrowia Ubezpieczonego nie ulegnie istotnej poprawie.
4. **Całkowite i trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku**
Całkowita i trwała (do końca życia) niezdolność do wykonywania przez Ubezpieczonego jakiejkolwiek pracy, zajęcia lub zawodu, zapewniających mu dochód lub zysk, połączona z wymogiem pomocy innych osób przy czynnościach życia codziennego (np. przemieszczanie się, ubieranie, mycie, spożywanie posiłków), która powstała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, w okresie 2 lat od zajścia Nieszczęśliwego wypadku i stwierdzona została przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela.
Poza przypadkiem ewidentnego, nieodwracalnego i całkowitego inwalidztwa do uznania inwalidztwa wymagane jest zakończenie leczenia i rehabilitacji oraz utrzymywanie się wyżej wymienionego stanu przez okres co najmniej 6 miesięcy (w przypadku zaburzeń neurologicznych 9 miesięcy) od zajścia Nieszczęśliwego wypadku. Do uznania inwalidztwa za trwałe konieczne jest również stwierdzenie, że według aktualnego stanu wiedzy medycznej stan zdrowia Ubezpieczonego nie ulegnie istotnej poprawie.
5. **Choroba**
Pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego niezależne od jego woli i niespowodowane wypadkiem, potwierdzone obiektywnie zgodnie z aktualnymi zasadami medycyny opartej na faktach.
6. **Częściowe i trwałe inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**
Trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, którego zakres obejmuje co najmniej jeden z przypadków określonych w tabeli, np. całkowita utrata wzroku jednego oka, całkowita głuchota jednego ucha, całkowity paraliż lub amputacja ręki, całkowity paraliż lub amputacja nogi (elementy częściowego inwalidztwa).
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 zakończenie leczenia oraz rehabilitacji, jeżeli na koniec tego okresu według aktualnego stanu wiedzy medycznej stan zdrowia Ubezpieczonego nie ulegnie istotnej poprawie. Wymogu czasowego nie stosuje się w przypadku całkowitego, ewidentnego, nieodwracalnego inwalidztwa, jak np. amputacja kończyny, utrata gałki ocznej.
Procent Sumy ubezpieczenia i elementy inwalidztwa określone są umownie, na podstawie tabeli w OWU.
W przypadku więcej niż jednego elementu częściowego inwalidztwa, łączny stopień inwalidztwa określa się przez sumowanie. Łączny procent inwalidztwa określony tą metodą nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia.
7. **Data ustalenia inwalidztwa**
Data, od której według aktualnej wiedzy medycznej, pomimo zastosowanego leczenia i rehabilitacji, stan zdrowia Ubezpieczonego nie ulegnie istotnej poprawie.
8. **Hospitalizacja**
Pobyt Ubezpieczonego w oddziale szpitalnym przez okres dłuższy niż 48 godzin, spowodowany bezpośrednio Nieszczęśliwym wypadkiem.
Nie zalicza się do Hospitalizacji następstw zdarzeń spowodowanych stanem demencji Ubezpieczonego, interwencjami chirurgicznymi przeprowadzonymi w celach estetycznych, wszelkimi Hospitalizacjami w zakładach przeznaczonych dla osób, które nie są w stanie prowadzić samodzielnego życia i które wymagają stałej opieki medycznej oraz leczenia podtrzymującego (usługi opieki domowej, gerontologia), wszelkimi pobytami – w charakterze użytkownika – w zakładach lub ośrodkach świadczących usługi rekonwalescencji, rehabilitacji, readaptacji, talasoterapii, w centrum spa, uzdrowisku lub w domach opieki.
9. **Koniec ubezpieczenia**
Data umieszczona w Polisie, określająca Koniec odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
10. **Niedowład (powłóczenie)**
Nieodwracalne zmniejszenie siły mięśni lub ograniczenie zakresu ruchu kończyn powstałe najczęściej na skutek zmian organicznych ośrodkowych, obwodowych lub dotyczących samego mięśnia. Nie obejmuje następstw zaburzeń psychicznych, mających charakter wyłącznie czynnościowy.

11. 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.

12. obrażenia cieleśne

Złamania lub Oparzenia II albo III stopnia, będące wyłącznie bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego.

Nie zalicza się do obrażeń cieleśnych 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.

13. Okres karencji

Okres, w którym Ubezpieczyciel ponosi ograniczoną odpowiedzialność za zaistniałe zdarzenie ubezpieczeniowe, na zasadach określonych w OWU.

14. Oparzenie II stopnia

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

15. Oparzenie III stopnia

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

16. Początek ubezpieczenia

Data umieszczona w Polisie, określająca początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela, nie wcześniej jednak niż od dnia zapłacenia składki.

17. Polisa

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela stwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia pomiędzy stronami.

18. Porażenie (paraliż)

Nieodwracalna i całkowita niemożność wykonywania ruchu kończyny górnej lub dolnej, na skutek braku dopływu bodźców nerwowych do mięśni. Obejmuje zarówno centralne spastyczne porażenie jak i wiotkie porażenie pochodzenia obwodowego.

19. Rocznicą umowy ubezpieczenia

Każda kolejna Rocznicą początku ubezpieczenia, wskazanego w Polisie.

20. Suma ubezpieczenia

Kwota wskazana w Polisie, stanowiąca podstawę ustalania wysokości świadczeń.

21. Ubezpieczający

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

22. Ubezpieczony

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

23. 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.

24. Uposażony

Osoba fizyczna lub osoba prawna wskazana przez Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek przez Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, w zakresie i na warunkach określonych w OWU.

25. Uprawniony

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

26. Warian

Zakres ubezpieczenia określający zakres ryzyk i wysokość Sum ubezpieczenia objętych Umową ubezpieczenia zgodnie z OWU.

27. Wypadek komunikacyjny

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

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

28. 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.

I. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 1

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego zgodnie z wybranym zakresem ubezpieczenia.
2. W zależności od wybranego Wariantu, zakres ubezpieczenia - w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia - obejmuje:
 - a) **Wariant I**
 - 1) Śmierć Ubezpieczonego,
 - 2) Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym lub Chorobą,
 - 3) Powstanie Obrażeń cielesnych u Ubezpieczonego, będących wyłącznie bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) Częściowe i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - albo
 - b) **Wariant II**
 - 1) Śmierć Ubezpieczonego,
 - 2) Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym lub Chorobą,
 - 3) Powstanie Obrażeń cielesnych Ubezpieczonego, będących wyłącznie bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) Częściowe i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 5) Hospitalizacja Ubezpieczonego, będąca wyłącznie bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku Śmierci albo Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości określonej w Polisie.
4. W przypadku Obrażeń cielesnych Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, stanowiące procent Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie. Sposób ustalenia świadczenia określa § 7.4 OWU.
5. W przypadku Częściowego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, stanowiące procent Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie. Sposób ustalenia określa § 7.5 OWU.
6. W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu trwającego dłużej niż 48 godz., w wysokości określonej w Polisie. Sposób ustalenia świadczenia określa § 7.6 OWU.

II. OKRES KARENCJI

§ 2

1. Ubezpieczyciel wprowadza Okres karencji, który obejmuje ryzyko śmierci oraz inwalidztwa z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy wypadek.
2. Okres karencji trwa 3 miesiące od Początku ubezpieczenia.
3. W Okresie karencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu śmierci albo inwalidztwa Ubezpieczonego z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy wypadek ograniczona jest do wypłaty świadczenia równego sumie składek wpłaconych z tytułu Umowy ubezpieczenia.

III. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

- a) Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, prawidłowo wypełnili i podpisali wniosek ubezpieczeniowy na formularzu Ubezpieczyciela, przedłożonym przez jego przedstawiciela lub w innej formie stosowanej przez Ubezpieczyciela,
- b) Ubezpieczający wpłacił kwotę zaliczki na poczet składki w wysokości określonej we wniosku ubezpieczeniowym,
- c) Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 64 lat w dacie Początku ubezpieczenia proponowanej we wniosku ubezpieczeniowym.

§ 4

1. Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, obowiązani są podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo w innych pismach przed zawarciem Umowy. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
2. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po złożeniu Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczonego oświadczenia, że chce skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej i wyraża zgodę na Sumę ubezpieczenia wskazaną we wniosku ubezpieczeniowym. Zmiana Umowy na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego w razie śmierci Ubezpieczonego, wymaga zgody Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:
 - a) zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia,
 - b) odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę (wniosek na formularzu Ubezpieczyciela), Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu Polisy zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel jest obowiązany zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy. W przypadku, gdy nowe warunki ubezpieczenia, zaproponowane przez Ubezpieczyciela, nie zostaną

przyjęte przez Ubezpieczającego, Ubezpieczający powinien zgłosić swój sprzeciw do Ubezpieczyciela w terminie 7 dni od daty ich otrzymania.

5. Jeżeli Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu w terminie wskazanym w ust. 4, Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku na nowych warunkach, zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
6. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu przez Ubezpieczającego Umowa ubezpieczenia nie wywołuje skutków.

§ 5

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do podjęcia decyzji w sprawie zawarcia Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia spełnienia warunków, o których mowa w § 3 lit. a) i b).

IV. POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na:
 - a) **okres trzech lat** albo
 - b) **okres jednego roku**, z automatycznym przedłużaniem, na kolejne okresy roczne, jeżeli w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel nie złożył oświadczenia na piśmie o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia na kolejny rok. Termin do złożenia oświadczenia wynosi 1 miesiąc przed datą upływu rocznego okresu. Ubezpieczony może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową na okres kolejnego roku, jeżeli nie ukończy 66 lat w kolejnym rocznym okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Objęcie ochroną potwierdzone jest przez Ubezpieczyciela Aneksiem do Polisy.
2. Umowa ubezpieczenia zaczyna obowiązywać w pierwszym dniu miesiąca następującego po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - a) poprawnym wypełnieniu i podpisaniu przez Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
 - b) zapłacie składki przez Ubezpieczającego za okres trwania Umowy ubezpieczenia,
 - c) zaakceptowaniu wniosku przez Ubezpieczyciela.
3. Początek i koniec obowiązywania Umowy ubezpieczenia zostanie wskazany w Polisie ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający może uzgodnić z Ubezpieczycielem późniejszy termin początku obowiązywania Umowy, który datą będzie odpowiadać pierwszemu dniu miesiąca kalendarzowego.

V. USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

§ 7

1. **W przypadku śmierci Ubezpieczonego albo Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Chorobą:** Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie w wysokości 1 000 zł. W przypadku wystąpienia Całkowitego i trwałego inwalidztwa Umowa ubezpieczenia wygasa.
2. **W przypadku śmierci albo Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem innym niż Wypadek komunikacyjny:**
Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie, w zależności od wybranego Wariantu:
 - Wariant I – 10 000 zł,
 - Wariant II – 30 000 zł.

Za śmierć spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem lub Całkowite i trwałe inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, objęte niniejszą ochroną ubezpieczeniową uznaje się śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo będące bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wystąpią najpóźniej w ciągu roku od momentu tego wypadku. W przypadku wystąpienia Całkowitego i trwałego inwalidztwa Umowa ubezpieczenia wygasa.
3. **W przypadku śmierci albo Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, spowodowanego Wypadkiem komunikacyjnym,** Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie, w zależności od wybranego Wariantu:
 - Wariant I – 20 000 zł,
 - Wariant II – 100 000 zł.

Za śmierć spowodowaną Wypadkiem komunikacyjnym lub Całkowite i trwałe inwalidztwo będące bezpośrednim skutkiem Wypadku komunikacyjnego, objęte niniejszą ochroną ubezpieczeniową uznaje się również śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo będące bezpośrednim skutkiem Wypadku komunikacyjnego, jeżeli wystąpią najpóźniej w ciągu roku od momentu tego wypadku. W przypadku wystąpienia Całkowitego i trwałego inwalidztwa Umowa ubezpieczenia wygasa.
4. W przypadku powstania **Obrażeń cielesnych Ubezpieczonego** Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie stanowiące procent Sumy ubezpieczenia równej 10 000 zł określany zgodnie z tabelą obrażeń i ich stopnia, z zastrzeżeniem poniżej:
 - a) W przypadku złamania kilku kości wypłacone będzie świadczenie tylko z tytułu złamania jednej kości, najwyżej wycenianej w tabeli § 7 pkt.4 lit. d).
 - b) Łączne świadczenie z tytułu Obrażeń cielesnych Ubezpieczonego odniesionych w tym samym wypadku nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia równej 10 000 zł.
 - c) Łączne świadczenie należne Ubezpieczonemu na podstawie niniejszej ochrony ubezpieczeniowej w wyniku różnych obrażeń spowodowanych wypadkami objętymi ubezpieczeniem - w całym okresie obowiązywania Umowy - nie mogą przekroczyć:
 - **25 000 zł** w przypadku Umowy zawartej na okres trzech lat,
 - **20 000 zł** w przypadku Umowy zawartej na okres jednego roku, z automatycznym przedłużaniem na kolejne okresy roczne dla 3-letnich okresów rozliczeniowych. Okres rozliczeniowy liczony jest od Początku ubezpieczenia i trwa 3 lata. Po jego upływie następują kolejne 3-letnie cykle rozliczeniowe.

Wypłata 100% świadczenia powoduje, że odpowiedzialność z tytułu tego ubezpieczenia wygasa w okresie rozliczeniowym, w którym przyznano świadczenia.
 - d) Tabela obrażeń i odpowiadające im świadczenia, jako procent Sumy ubezpieczenia:

Złamania	% Sumy ubezpieczenia
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%
Oparzenia 2 i 3 stopnia (Powierzchnia oparzenia)	% Sumy ubezpieczenia
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. W przypadku **Częściowego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem** Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości stanowiącej procent powstałego Częściowego i trwałego inwalidztwa od Sumy ubezpieczenia 10 000 zł określany zgodnie z tabelą § 7 pkt.5 lit. e) z zastrzeżeniem poniżej:
- Wypłata świadczenia następuje po ustaleniu stanu inwalidztwa Ubezpieczonego, tj. po stwierdzeniu ostatecznego charakteru Częściowego i trwałego inwalidztwa, będącego następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
 - Stopień inwalidztwa ustalany jest stosownie do procentowego uszczerbku, według tabeli i ich stopnia poniżej.
 - W przypadku Częściowego i trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, skutkującego zbiegiem więcej niż jednego uszczerbku określonego w tabeli poniżej, łączny procent inwalidztwa określa się przez sumowanie procentów częściowego inwalidztwa, z zastrzeżeniem ust. 6.
 - Łączna suma świadczeń z tytułu Częściowego i trwałego Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia. Wypłata 100% świadczenia z tytułu Częściowego i trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku powoduje, że odpowiedzialność z tytułu tego ubezpieczenia wygasa.
 - Tabela Częściowego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego i odpowiadające im świadczenia, jako procent Sumy ubezpieczenia:

CZĘŚCIOWE I TRWAŁE INWALIDZTWO	% Sumy ubezpieczenia
Całkowita utrata wzroku jednego oka	30%
Całkowita utrata wzroku jednego oka i częściowa drugiego	70%
Całkowita utrata słuchu jednego ucha	20%
Całkowita utrata słuchu	50%
Amputacja palca ręki (minimum dwóch paliczków)	5%
Amputacja palca stopy (w całości)	5%
Amputacja części dłoni (minimum 4 palce)	25%
Amputacja części stopy (minimum 4 palce)	25%
Amputacja jednej kończyny górnej powyżej wysokości nadgarstka	30%
Amputacja dwóch kończyn górnych powyżej wysokości nadgarstka	60%
Amputacja jednej kończyny górnej powyżej stawu łokciowego	40%
Amputacja dwóch kończyn górnych powyżej stawu łokciowego	80%
Amputacja jednej kończyny dolnej powyżej stawu skokowego	30%
Amputacja dwóch kończyn dolnych powyżej stawu skokowego	30%
Amputacja jednej kończyny dolnej powyżej stawu kolanowego	40%
Amputacja dwóch kończyn dolnych powyżej stawu kolanowego	80%
Niedowład (częściowe porażenie) kończyny górnej	20%
Całkowite porażenie jednej kończyny górnej	40%
Niedowład (częściowe porażenie) kończyny dolnej	30%
Całkowite porażenie jednej kończyny dolnej	40%
Niedowład (częściowe porażenie) połowiczny	50%
Całkowite porażenie kończyn połowiczne	80%
Obustronny niedowład (częściowe porażenie)	80%

6. W przypadku **Hospitalizacji Ubezpieczonego** (dotyczy wyłącznie Wariantu II) Ubezpieczyciel wypłaciienne świadczenie w wysokości 100 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień OWU poniżej:
- pierwszych 48 godzin od momentu przyjęcia do szpitala nie wlicza się do czasu trwania Hospitalizacji,
 - Hospitalizację przeprowadzoną w okresie jednego roku od daty Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego uznaje się za objętą niniejszą ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem, że jest ona bezpośrednim skutkiem wypadku,

- c) codzienne świadczenie szpitalne jest płatne maksymalnie za okres 21 dni związanych z tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub Wypadkiem komunikacyjnym,
 - d) łączne świadczenie szpitalne jest płatne maksymalnie:
 - za 90 dni w przypadku Umowy zawartej na okres trzech lat, albo
 - za 60 dni w przypadku Umowy zawartej na okres jednego roku z automatycznym przedłużaniem na kolejne okresy roczne dla 3-letnich okresów rozliczeniowych. Okres rozliczeniowy liczony jest od Początku ubezpieczenia i trwa 3 lata. Po jego upływie następują kolejne 3-letnie cykle rozliczeniowe.
 - e) w przypadku ponownej Hospitalizacji w okresie roku od daty wypadku i będącej skutkiem tego samego wypadku, uznaje się, że jest to ta sama Hospitalizacja, pod warunkiem, że trwa ona dłużej niż 48 godzin.
7. Ubezpieczyciel wypłaca jedno świadczenie na skutek Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem innym niż Wypadek komunikacyjny (ust. 2) albo Wypadkiem komunikacyjnym (ust. 3).

VI. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

1. 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 (z 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 (0,2‰), o ile jest to bezpośrednią przyczyną zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową zgodnie z OWU,
 - c) wypadku, samookaleczenia lub choroby, spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego lub zaistniałych przed Początkiem ubezpieczenia,
 - 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, buldering, parkour, canyoning, kajakarstwo górskie, rafting, hydrospeed, kitesurfing oraz windsurfing, 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 ważnego dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia lub bez dokumentu potwierdzającego, że na dzień zajścia zdarzenia pojazd posiada aktualne badanie techniczne, dopuszczające do ruchu publicznego,
 - g) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.
2. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia w przypadku samobójstwa Ubezpieczonego, jeżeli nastąpiło ono w okresie dwóch lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jednakże następstwa i konsekwencje prób samobójczych są wyłączone z gwarancji Całkowitego i trwałego inwalidztwa podczas całego okresu trwania Umowy ubezpieczenia.

VII. OSOBY UPRAWNIONE DO UZYSKANIA ŚWIADCZENIA

§ 9

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje Uposażonym.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa, Obrażeń cielesnych, w przypadku ubezpieczenia w Wariancie II, także do świadczenia z tytułu Hospitalizacji, przysługuje Ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczający może wskazać jednego lub kilku Uposażonych uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający może to wskazanie w każdym czasie zmienić lub odwołać. W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający wskazuje Uposażonych za uprzednią pisemną zgodą Ubezpieczonego.
4. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, a nie określono udziału każdego z nich, przyjmuje się, że ich udziały są równe.
5. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych, udział Uposażonego lub Uposażonych, którzy w chwili śmierci Ubezpieczonego nie żyli, przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
6. Jeżeli nie wskazano Uposażonego, należne świadczenie jest wypłacane spadkobiercom Ubezpieczonego - wskazanym w sądowym stwierdzeniu nabycia spadku albo w akcie poświadczenia dziedziczenia sporządzonym przez notariusza – proporcjonalnie do ich udziałów.

VIII. SKŁADKI

§ 10

1. Wysokość składki ustalana jest stosownie do wybranego Wariantu i okresu, na jaki jest zawarta Umowa ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa obejmuje koszty związane z zawarciem Umowy ubezpieczenia oraz jej wykonywaniem.

§ 11

1. Składki ubezpieczeniowe są opłacane z góry:
 - a) jednorazowo w przypadku Umowy zawartej na okres trzech lat, albo

- b) za okresy roczne, w przypadku wyboru ubezpieczenia na okres jednego roku, z automatycznym przedłużeniem na kolejny okres jednego roku.
2. W przypadku wyboru Umowy na okres jednego roku, z automatycznym przedłużeniem na kolejny okres jednego roku, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości składki na kolejny rok. W takiej sytuacji Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o zmianie składki nie później niż na 45 dni przed rocznicą Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający ma prawo sprzeciwić się zmianie składki, o której mowa w ust. 3 powyżej, w terminie 14 dni od otrzymania zawiadomienia Ubezpieczyciela o proponowanych zmianach.
4. W przypadku sprzeciwu, o którym mowa w ust. 4 powyżej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia.

IX. WARUNKI WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 12

1. W razie zaistnienia zdarzenia objętego ryzykiem ubezpieczeniowym określonym w Polisie, Ubezpieczony lub Uposażony, w zależności od przypadku, obowiązany jest niezwłocznie powiadomić pisemnie Ubezpieczyciela, na jego formularzu, o zaistniałej sytuacji. Do powiadomienia należy dołączyć dokumenty określone w punktach poniżej:
2. **W razie śmierci należy dołączyć:**
 - a) akt zgonu Ubezpieczonego,
 - b) kopię karty zgonu z określeniem przyczyny śmierci,
 - c) w przypadku śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – notatkę urzędową policji o okolicznościach w jakich miał miejsce wypadek; kopię lub wyciąg z dokumentu dotyczącego okoliczności zdarzenia sporządzonego przez organ, który prowadził postępowanie.
3. **W razie Całkowitego i trwałego inwalidztwa należy dołączyć:**
 - a) raport medyczny, wskazujący charakter Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, dzień zdarzenia lub dzień rozpoznania choroby, ewentualny rozwój i stopień niepełnosprawności oraz sposób leczenia,
 - b) w przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, kopię lub wyciąg z dokumentu dotyczącego okoliczności zdarzenia sporządzonego przez organ, który prowadził postępowanie,
 - c) kopię dokumentu potwierdzającego otrzymanie renty inwalidzkiej przyznanej przez jakąkolwiek instytucję w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub przebytej Choroby, w przypadku przyznania renty.
4. W razie **Obrażeń cielesnych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku należy dołączyć:**
 - a) 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,
 - b) dodatkowo na wniosek Ubezpieczyciela zaświadczenie wydane przez lekarza prowadzącego leczenie lub zabiegi, stwierdzające przyczynę, charakter i stopień obrażeń oraz inne informacje niezbędne do podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia,
 - c) dokument zaświadczący o wypadku, wydany przez właściwe władze i określający wypadek, jego miejsce, datę i okoliczności.
5. W razie **Częściowego i trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku należy dołączyć:**
 - a) zaświadczenie lekarskie stwierdzające stan zdrowia Ubezpieczonego oraz zawierające opis przebiegu leczenia,
 - b) opis okoliczności zajścia zdarzenia wraz ze wskazaniem organu prowadzącego postępowanie.
6. W razie **Hospitalizacji Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku należy dołączyć:**
 - a) kopię karty z pobytu szpitalnego określającą charakter leczenia, odbyte zabiegi, datę przyjęcia i wypisania ze szpitala lub przewidywaną datę wypisania. W tym przypadku, jeżeli pobyt w szpitalu zostanie przedłużony, należy zgłosić ten fakt i przedłożyć stosowne zaświadczenie,
 - b) dodatkowo na wniosek Ubezpieczyciela zaświadczenie wydane przez lekarza prowadzącego leczenie lub zabiegi, stwierdzające przyczynę i charakter pobytu w szpitalu oraz inne informacje niezbędne do podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia,
 - c) dokument zaświadczący o wypadku, wydany przez właściwe władze i określający wypadek, jego miejsce, datę i okoliczności.
7. Na wniosek Ubezpieczyciela należy dołączyć inny dokument niezbędny do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
8. Koszty otrzymania dokumentów wymienionych w ustępach poprzedzających obciążają Ubezpieczonego lub Uposażonego, w zależności od okoliczności. Ubezpieczyciel zachowuje prawo do weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego przez wskazanego i opłaconego przez Ubezpieczyciela lekarza. Zachowuje również prawo do weryfikacji okoliczności i przyczyny śmierci Ubezpieczonego.
9. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się o dostarczenie dodatkowych dokumentów, umożliwiających ocenę zasadności prawa do świadczenia do zgłaszającego roszczenie, lekarzy, organów lub instytucji, które mogą być w ich posiadaniu.

§ 13

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.

§ 14

1. 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 winno zostać wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności

było możliwe. Bezsportną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.

2. 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.

X. PODSTAWY UMOWY

§ 15

1. Oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego we wniosku oraz w kwestionariuszach, które należy wypełnić, stanowią podstawę zawarcia Umowy,
2. Niedokładne, niekompletne oświadczenia, niedomówienia, jak również pominięcie faktów lub okoliczności mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka i zawarcie Umowy lub określenie jej warunków, mogą być przyczyną uchylenia się od odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

XI. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZYCIELA

§ 16

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej składki za okres od wygaśnięcia Umowy, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego.
2. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do informowania o zmianie danych osobowych, w tym adresów Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonych.
4. 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.
5. Umowa może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego z zachowaniem 7 dniowego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki za czas trwania ochrony ubezpieczeniowej.
7. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do:
 - a) doręczenia Ubezpieczającemu OWU przed zawarciem Umowy ubezpieczenia,
 - b) potwierdzenia zawarcia Umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie Polisy i doręczenie jej Ubezpieczającemu,
 - c) wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z OWU i przepisach prawa.

XII. ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

§ 17

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia odnoszą skutek, jeżeli zostały doręczone na piśmie, pocztą elektroniczną albo na innym trwałym nośniku, z zastrzeżeniem ze oświadczenia Ubezpieczyciela o odmowie przyznania świadczenia w całości lub części składane są na piśmie .
2. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest obowiązany przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.
3. W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Ubezpieczonemu pisemnych informacji o proponowanych zmianach, o których mowa w ust. 2, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na te zmiany.

XIII. INFORMACJA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO O WARTOŚCI WYKUPU

§ 18

Umowa Ubezpieczenia w żadnym czasie nie posiada wartości wykupu.

XIV. REKLAMACJE

§ 19

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 firmy (Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce ul. Emilii Plater 28; 00-688 Warszawa) oraz w każdym biurze handlowym obsługującym klientów,
 - albo
 - pocztą na adres: Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce, ul. Emilii Plater 28; 00-688 Warszawa,
 - b) w formie elektronicznej: na adres e-mail: reklamacje@prevoir.pl
 - c) ustnie - telefonicznie: na numer telefonu: (22) 572 80 00

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.

3. 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.
4. Odpowiedź na reklamacje udzielana jest w postaci papierowej. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jej upływem.
5. 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.

XV. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

§ 20

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.

XVI. PRZEDAWNIE

§ 21

1. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 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 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.

XVII. PRAWO WŁAŚCIWE I OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 22

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.
3. 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 1 czerwca 2020 roku.

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

Michał BUKOWICKI



Reprezentant Prévoir w Polsce

Beata GRACZYK



Dyrektor Oddziału Prévoir w Polsce