



OptiMAX Plus

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SKOROWIDZ

I.	POSTANOWIENIA OGÓLNE	3
II.	PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	3
III.	ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA.....	4
IV.	CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	4
V.	ROZWIĄZANIE/ZAKOŃCZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA	5
VI.	SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA	5
VII.	ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE	6
VIII.	OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA	6
IX.	OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA	7
X.	PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY.....	7
XI.	REKLAMACJE	8
XII.	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	8

ZAŁĄCZNIK NR 1

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

ZAŁĄCZNIK NR 2

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

ZAŁĄCZNIK NR 3

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

ZAŁĄCZNIK NR 4

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
HOSPITALIZACJA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ZAŁĄCZNIK NR 5

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
OBRAŻENIA CIELESNE W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ZAŁĄCZNIK NR 6

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W ZWIĄZKU Z ODNIESIENIEM OBRAŻEŃ
CIELESNYCH

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 **OptiMAX Plus** (17.04.2023).

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy (OWU)
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<u>OWU</u> : paragrafy nr § 4, § 7, § 11, § 13 - 14, § 17 - 22, § 24 - 25, § 30, z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Całkowite i trwałe inwalidztwo w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, paragrafy nr § 4, § 6, § 8, z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, paragrafy nr § 3 – 5, z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, paragrafy nr § 3 – 5, z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, paragrafy nr § 3 – 4, z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Obrażenia cielesne w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, paragrafy nr § 3 – 6, z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Czasowa niezdolność do pracy wyniku Nieszczęśliwego wypadku w związku z odniesieniem Obrażeń cielesnych paragrafy nr § 3 - 6, z zastosowaniem definicji
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności i zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<u>OWU</u> : paragrafy nr § 5 – 9, § 16, § 23, § 28, z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Całkowite i trwałe inwalidztwo w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, paragrafy nr § 5, § 8, z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, paragrafy nr § 3 – 5, z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, paragrafy nr § 3 – 5, z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, paragrafy nr § 3- 4, § 6, z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Obrażenia cielesne w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, paragrafy nr § 3 – 6, z zastosowaniem definicji <u>SzWU</u> : Czasowa niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w związku z odniesieniem Obrażeń cielesnych, paragrafy nr § 3 – 5, z zastosowaniem definicji

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. Wprowadzenie

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej „OWU”) stosuje się do umowy ubezpieczenia na życie **OptiMAX 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. 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.

3. Okres karencji

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

4. Początek ubezpieczenia

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

5. Polisa

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela stwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia pomiędzy stronami.

6. Przedstawiciel

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

7. Rocznicą umowy ubezpieczenia

Każda kolejna rocznica Początku ubezpieczenia, wskazanego w Polisie.

8. Rok polisowy

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

9. Suma ubezpieczenia

Kwota wskazana w Polisie, stanowiąca podstawę ustalania wysokości świadczeń.

10. Ubezpieczający

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

11. Ubezpieczony

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

12. 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.

13. 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).

14. 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.

15. Uprawniony

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

16. Wykup polisy

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

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4. Zakres ubezpieczenia

1. Zakres ubezpieczenia, na warunkach określonych w OWU, obejmuje:

- dożycie przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia,
- śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia,

2. Zakres ubezpieczenia może być rozszerzony o następujące Ubezpieczenia dodatkowe:

- Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku (załącznik nr 1 do OWU),

- b. śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (załącznik nr 2 do OWU),
 - c. śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (załącznik nr 3 do OWU),
 - d. Hospitalizacja - dzienne świadczenie szpitalne w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (załącznik nr 4 do OWU),
 - e. Obrażenia cielesne w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (załącznik nr 5 do OWU),
 - f. Czasowa niezdolność do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w związku z odniesieniem Obrażeń cielesnych (załącznik nr 6 do OWU),
3. Zakres ubezpieczeń dodatkowych regulują SzWU, stanowiące załączniki nr od 1 do 6 do OWU.

III. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5. Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - a. Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 60 lat w dniu Początku ubezpieczenia,
 - b. Ubezpieczający ma miejsce zamieszkania lub siedzibę zarządu w Polsce,
 - c. Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, prawidłowo wypełnili i podpisali wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Ubezpieczyciela,
 - d. Ubezpieczający wpłacił na poczet składki kwotę w wysokości określonej we wniosku.
2. Ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą lub świadczy pracę na podstawie stosunku pracy lub innej umowy.
3. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel udostępni Ubezpieczającemu jej warunki, w tym treść OWU oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (IPID). Wzorce dokumentów w postaci elektronicznej Ubezpieczyciel doręcza w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
4. 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.
5. 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

1. 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.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:
 - a. zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia,
 - b. odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę (wniosek złożony na formularzu Ubezpieczyciela) Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu Polisy 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.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu w terminie wskazanym w ust.3, Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku na nowych warunkach, zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
5. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu przez Ubezpieczającego Umowa ubezpieczenia nie wywołuje skutków.

IV. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7. 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 co najmniej 5 lat, do najbliższej rocznicy Umowy ubezpieczenia po dniu, w którym Ubezpieczony ukończy 55 lat i nie ukończy 65 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.

§ 8. 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. z upływem okresu, na jaki umowa została zawarta.

§ 9. Okres karencji

1. Ubezpieczyciel wprowadza Okres karencji, który obejmuje ryzyko śmierci Ubezpieczonego z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy wypadek.
2. Okres karencji trwa trzy lata od Początku ubezpieczenia.

3. W okresie karencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu śmierci Ubezpieczonego z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy wypadek ograniczona jest do wypłaty świadczenia równego sumie składek wpłaconych z tytułu Umowy ubezpieczenia.

V. ROZWIĄZANIE/ZAKOŃCZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek jednej z przyczyn opisanych w § 8, 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. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 13. Wykup

1. Ubezpieczający ma prawo Wykupu polisy po upływie jednego roku od daty Początku ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składek za pierwszy rok ubezpieczenia.
2. Wartość wykupu jest równa wartości rezerwy matematycznej netto dla świadczenia końcowego, w pierwszych pięciu latach, pomniejszonej o podany niżej procent rezerwy, zależny od długości okresu od początku obowiązywania Umowy ubezpieczenia do dnia Wykupu:
 - a. 40% w drugim roku obowiązywania Umowy,
 - b. 30% w trzecim roku obowiązywania Umowy,
 - c. 20% w czwartym roku obowiązywania Umowy,
 - d. 10% w piątym roku obowiązywania Umowy.

VI. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

§ 14. Ustalenie Sumy ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia na życie jest ustalana indywidualnie, na wniosek Ubezpieczającego.
2. Suma ubezpieczenia na dożycie jest ustalana indywidualnie, na wniosek Ubezpieczającego.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia na życie oraz Sumy ubezpieczenia na dożycie wskazana jest w Polisie.
4. Wysokości Sum ubezpieczenia dla ubezpieczeń dodatkowych określone są w SzWU, stanowiących Załączniki nr od 1 do 6 do OWU.

§ 15. Ustalenie składki

1. Wysokość składki oraz termin i sposób opłacenia określone są w Polisie.
2. Wysokość składki obliczana jest metodami matematyki ubezpieczeniowej z uwzględnieniem wieku Ubezpieczonego, Sum ubezpieczenia oraz kosztów ryzyka, administracji i akwizycji.
3. Składka obejmuje także gwarancje dodatkowe wynikające z Ubezpieczeń dodatkowych, o których mowa w § 4. Ust.2, jeżeli miały zastosowanie.
4. Składki są opłacane z góry za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne.
5. Ubezpieczający ma prawo zmienić częstotliwość opłacania składek w każdą Rocznicę Umowy ubezpieczenia, informując o tym fakcie Ubezpieczyciela na 30 dni przed Rocznicą Umowy ubezpieczenia.
6. Wysokość składki jest stała przez cały okres trwania Umowy ubezpieczenia.

§ 16. Opłacanie składki oraz skutki nieopłacania 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 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,
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 nieopłacenia składki może zostać ponownie zawarta za wyraźną zgodą Ubezpieczyciela, jeżeli Ubezpieczający zwróci się z wnioskiem w terminie trzech miesięcy liczonych od daty najstarszej nieopłaconej składki oraz opłaci wszystkie zaległe, nieopłacone składki, należne do daty jej przywrócenia. Ubezpieczyciel może

uzależnić przywrócenie Umowy ubezpieczenia od odesłania przez Ubezpieczającego dodatkowych dokumentów, niezbędnych do podjęcia decyzji o przywróceniu polisy.

5. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2., jeśli w dniu rozwiązania polisy posiadała ona wartość Wykupu, Ubezpieczony ma prawo złożyć wniosek o wypłatę wartości Wykupu na zasadach określonych w § 13.

VII. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

§ 17. Ustalenie wysokości świadczenia i postępowanie w przypadku śmierci Ubezpieczonego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia na życie.
2. 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.
3. W sytuacji, kiedy dokumenty wymienione w ust.2. okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, które określi w pisemnym wezwaniu.

§ 18. Ustalenie wysokości świadczenia i postępowanie w przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia

1. W przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe Sumie ubezpieczenia na dożycie.
2. Wypłata świadczenia z tytułu dożycia następuje na wniosek Ubezpieczonego, zawierający:
 - a. numer polisy,
 - b. numer rachunku bankowego do wypłaty,
 - c. własnoręczny podpis Ubezpieczonego,
 - d. numer PESEL Ubezpieczającego/ kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczającego.

§ 19. Wypłata wartości Wykupu

1. Wypłata wartości Wykupu następuje na wniosek Ubezpieczającego o Wykup, zawierającego:
 - a. numer polisy,
 - b. numer rachunku bankowego do wypłaty,
 - c. własnoręczny podpis Ubezpieczającego,
 - d. numer PESEL Ubezpieczającego/ kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczającego.

§ 20. 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. Uprawnionemu do otrzymania świadczenia przysługuje prawo odwołania od powyższej decyzji do Dyrekcji Ubezpieczyciela w terminie 14 dni od daty jej otrzymania.

VIII. OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 21. Uprawniony do otrzymania świadczenia

1. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu dożycia jest wyłącznie Ubezpieczony.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu Wykupu jest Ubezpieczający.
3. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci jest Uposażony.

§ 22. Wskazanie i zmiana Uposażonych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci

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.

IX. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA

§ 23. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. 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 ubezpieczenia Całkowitego i trwałego inwalidztwa podczas całego okresu trwania Umowy ubezpieczenia.
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 lub zaistniałych przed Początkiem ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony te okoliczności zataił przed Ubezpieczycielem,
 - 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. zawodowego uprawiania sportu oraz wykonywania szczególnie niebezpiecznych zawodów, które wymagają specjalnej zgody oraz taryfikacji ze strony Ubezpieczyciela,
 - g. choroby, która bezpośrednio lub pośrednio wynika z zakażenia HIV oraz/lub chorób pokrewnych, w tym AIDS,
 - h. Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu bez ważnych uprawnień do prowadzenia pojazdu lub ważnego badania technicznego pojazdu,
 - i. inwalidztwa z powodu przyczyn subiektywnych, niewykrywalnych oraz niemierzalnych w laboratoriach sposobami mikrobiologicznymi, biochemicznymi i/lub obrazowymi,
 - j. wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.

X. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 24. 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.

§ 25. Obowiązki Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do:
 - a. doręczenia Ubezpieczającemu OWU oraz Dokumentu zawierającego informacje o produkcie ubezpieczeniowym (IPID) 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.

§ 26. 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 adresowane 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.

XI. REKLAMACJE

§ 27. 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 reklamację 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.

XII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

§ 29. 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 przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia – w przypadku ich śmierci.

§ 30. 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.

§ 31. 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 17 kwietnia 2023 roku.

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



KHAMSAYA SOUKHAVONG
Dyrektor Oddziału Prévoir w Polsce

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. Wprowadzenie

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie **OptiMAX Plus**, zawartej na podstawie OWU (dalej „Umowa podstawowa”) w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o Całkowite i trwałe inwalidztwo w następstwie Choroby lub 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:

1. Całkowite i trwałe inwalidztwo

Za Całkowite i trwałe inwalidztwo uważa się trwałą niezdolność, wynikającą z obrażeń ciała lub choroby, do podjęcia jakiejkolwiek działalności zarobkowej, połączoną 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.

2. 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.

3. Choroba

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

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, na zasadach określonych w niniejszych SzWU.
2. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Całkowite i trwałe inwalidztwo powstałe w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikającej z Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności opisanych w § 23 OWU.
3. Świadczenie z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa stanowi 50% Sumy ubezpieczenia na życie określonej w Umowie podstawowej (OWU § 17) i wskazanej w Polisie.
4. Do Całkowitego i trwałego inwalidztwa nie stosuje się zasad jego ustalania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

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

1. Rozszerzenie Umowy podstawowej o Ubezpieczenie dodatkowe jest możliwe wyłącznie w dniu zawierania Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w niniejszych SzWU obowiązuje wyłącznie w okresie obowiązywania Umowy podstawowej.
3. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nastąpi:
 - a. w przypadku zakończenia Umowy podstawowej,
 - b. w przypadku wypłaty przez Ubezpieczyciela Sumy ubezpieczenia dodatkowego.

§ 5. Wypłata świadczenia

1. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie równe Sumie ubezpieczenia dodatkowego określonej w § 3 ust. 3.
2. Wypłata świadczenia następuje po ustaleniu stanu inwalidztwa, tj. po stwierdzeniu ostatecznego charakteru Całkowitego i trwałego inwalidztwa.
3. 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.
4. Koszty badań lekarskich, o których mowa w ust. 3.a., ponosi Ubezpieczyciel.

§ 6. Dokumenty wymagane do wypłaty świadczenia

1. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony, lub inna osoba występująca z roszczeniem, zobowiązani 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 Nieszczęśliwy wypadek,
 - c. zaświadczenie lekarskie stwierdzające stan zdrowia Ubezpieczonego oraz zawierające opis przebiegu leczenia,
 - d. kopie kart wypisowych z pobytu w szpitalach.
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 celem stwierdzenia inwalidztwa w rozumieniu SzWU, przy czym koszt badań ponosi Ubezpieczyciel.

§ 7. Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych w SzWU mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU.

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

A handwritten signature in blue ink, consisting of a series of loops and a horizontal line extending to the right.

KHAMSAYA SOUKHAVONG
Dyrektor Oddziału Prévoir w Polsce

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

§ 1. Wprowadzenie

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie **OptiMAX Plus** zawartej na podstawie OWU w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo w następstwie 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:

1. Całkowite i trwałe inwalidztwo

Za Całkowite i trwałe inwalidztwo uważa się trwałą niezdolność, wynikającą z obrażeń ciała lub choroby, do podjęcia jakiejkolwiek 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.

2. 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.

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego na zasadach określonych w SzWU.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a. śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - b. Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
3. Suma ubezpieczenia dodatkowego: śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku może być wybrana przez Ubezpieczającego z poniższych wariantów:

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

4. Do Całkowitego i trwałego inwalidztwa nie stosuje się zasad jego ustalania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

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

1. Rozszerzenie ubezpieczenia o Ubezpieczenie dodatkowe jest możliwe wyłącznie przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w niniejszych SzWU obowiązuje wyłącznie w okresie obowiązywania Umowy podstawowej.
3. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nastąpi:
 - a. w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
 - b. w przypadku zakończenia umowy podstawowej,
 - c. w przypadku wypłaty przez Ubezpieczyciela Sumy ubezpieczenia dla Ubezpieczenia dodatkowego.
4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Całkowite i trwałe inwalidztwo, o którym mowa w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 3 do niniejszych OWU następuje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia dodatkowego.

§ 5. Wypłata świadczenia w przypadku śmierci

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Uposażonym świadczenie równe Sumie ubezpieczenia dodatkowego określonej w § 3 ust. 3.
2. 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 śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązani są dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a. wniosek o wypłatę świadczenia wraz z numerem Polisy ubezpieczeniowej,
 - b. akt zgonu Ubezpieczonego,
 - c. kopię karty zgonu Ubezpieczonego z określeniem przyczyny śmierci,
 - d. opis okoliczności zajścia zdarzenia wraz ze wskazaniem organu prowadzącego postępowanie.
4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się o dostarczenie dodatkowych dokumentów, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia do Uposażonego lub organów i instytucji, które mogą być w ich posiadaniu.
5. 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.

§ 6. Wypłata świadczenia w przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa

1. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie równe Sumie ubezpieczenia dodatkowego określonej w § 3 ust. 3.
2. Wypłata świadczenia następuje po ustaleniu stanu inwalidztwa, tj. po stwierdzeniu ostatecznego charakteru Całkowitego i trwałego inwalidztwa.
3. 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.
4. Koszty badań lekarskich, o których mowa w ust. 3.a., ponosi Ubezpieczyciel.
5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa następuje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia dodatkowego.
6. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie dostarczyć 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.
7. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się o dostarczenie dodatkowych dokumentów, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia do zgłaszającego roszczenie, lekarzy, organów lub instytucji, które mogą być w ich posiadaniu.

§ 7. 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

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

ŚMIERĆ LUB CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 1. Wprowadzenie

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie **OptiMAX Plus** zawartej na podstawie OWU w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o śmierć lub całkowite i trwałe inwalidztwo w następstwie 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 podane określenia:

1. Całkowite i trwałe inwalidztwo

Za Całkowite i trwałe inwalidztwo uważa się trwałą niezdolność, wynikającą z obrażeń ciała lub choroby, do podjęcia jakiegokolwiek działalności zarobkowej, połączoną 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 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.

2. 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.

3. Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny

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-środko transportu zbiorowego, pod warunkiem, że stanowi on transport zbiorowy wykonywany przez licencjonowane linie przewozowe w zakresie przewozów osób.

Nie obejmuje użytkowania przez Ubezpieczonego, w charakterze kierowcy lub pasażera, dwu- lub trójkołowego pojazdu silnikowego lub quada.

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego na zasadach określonych w SzWU.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a. śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego,
 - b. Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
3. Suma ubezpieczenia dodatkowego: śmierć lub inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego wynosi 50 000 zł.
4. Do Całkowitego i trwałego inwalidztwa nie stosuje się zasad jego ustalania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

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

1. Rozszerzenie ubezpieczenia o Ubezpieczenie dodatkowe jest możliwe wyłącznie przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w niniejszych SzWU obowiązuje wyłącznie w okresie obowiązywania Umowy podstawowej.
3. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nastąpi:
 - a. w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
 - b. w przypadku zakończenia umowy podstawowej,
 - c. w przypadku wypłaty przez Ubezpieczyciela Sumy ubezpieczenia dla Ubezpieczenia dodatkowego.
4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Całkowite i trwałe inwalidztwo, o którym mowa w Załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2 do niniejszych OWU następuje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia dodatkowego.

§ 5. Wypłata świadczenia w przypadku śmierci

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Uposażonemu świadczenie zgodnie z § 3. ust. 3 SzWU.
2. Za śmierć spowodowaną wypadkiem komunikacyjnym uznaje się również śmierć będącą bezpośrednim skutkiem wypadku komunikacyjnego, jeżeli wystąpi najpóźniej w ciągu 180 dni od daty tego wypadku.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązani są dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a. akt zgonu Ubezpieczonego,
 - b. kopię karty zgonu Ubezpieczonego z określeniem przyczyny śmierci,
 - c. opis okoliczności zajścia zdarzenia wraz ze wskazaniem organu prowadzącego postępowanie.
4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się o dostarczenie dodatkowych dokumentów, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia, do zgłaszającego roszczenie, lekarzy, organów lub instytucji, które mogą być w ich posiadaniu.
5. 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.

§ 6. Wypłata świadczenia w przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa

1. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie zgodnie z § 3. ust. 3. SzWU.
2. Wypłata świadczenia następuje po ustaleniu stanu inwalidztwa, tj. po stwierdzeniu ostatecznego charakteru Całkowitego i trwałego inwalidztwa.
3. 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.
4. Koszty badań lekarskich, o których mowa w ust. 3.a., ponosi Ubezpieczyciel.
5. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie dostarczyć 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.
6. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się o dostarczenie dodatkowych dokumentów, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia, do zgłaszającego roszczenie, lekarzy, organów lub instytucji, które mogą być w ich posiadaniu.

§ 7. 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

**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
HOSPITALIZACJA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

§ 1. Wprowadzenie

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie **OptiMAX Plus**, zawartej na podstawie OWU (dalej „Umowa podstawowa”) w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o Hospitalizację w następstwie 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 określenie:

Hospitalizacja

Spowodowany bezpośrednio Nieszczęśliwym wypadkiem pobyt Ubezpieczonego w oddziale szpitalnym przez okres dłuższy niż 24 godzin.

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.

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego na zasadach określonych w SzWU.
2. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Hospitalizację Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikającej z Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności opisanych w § 23 OWU i § 6 SzWU.
3. Suma ubezpieczenia dodatkowego może być wybrana przez Ubezpieczającego z poniższych wariantów:

Wariant	Suma ubezpieczenia
1	100 zł
2	150 zł
3	200 zł
4	250 zł

4. W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie w wysokości określonej w ust. 3 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z poniższymi zastrzeżeniami:
 - a. nie wlicza się do czasu trwania Hospitalizacji pierwszych 24 godzin, od momentu przyjęcia do szpitala,
 - b. Hospitalizację przeprowadzoną w okresie jednego roku od daty Nieszczęśliwego wypadku uznaje się za objętą Ubezpieczeniem dodatkowym, pod warunkiem, że jest ona bezpośrednim skutkiem wypadku,
 - c. w przypadku ponownej Hospitalizacji z tego samego powodu co przy poprzedniej hospitalizacji, również będącej skutkiem tego samego wypadku, przy założeniu, że nie upłynął rok od daty wypadku, uznaje się, że jest to ta sama hospitalizacja pod warunkiem, że trwa ona dłużej niż 24 godzin. Postanowienia pkt a) stosuje się odpowiednio.
5. Świadczenie jest płatne maksymalnie za 100 dni w całym okresie trwania Ubezpieczenia dodatkowego.

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

1. Rozszerzenie Umowy podstawowej o Ubezpieczenie dodatkowe jest możliwe wyłącznie w dniu zawierania Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w niniejszych SzWU obowiązuje wyłącznie w okresie obowiązywania Umowy podstawowej.
3. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nastąpi:
 - a. w przypadku zakończenia umowy podstawowej,
 - b. w przypadku wypłaty przez Ubezpieczyciela świadczenia łącznie za 100 dni Hospitalizacji Ubezpieczonego.
4. W przypadku wymienionym w pkt. b. wysokość składki obowiązującej dla Umowy ubezpieczenia zostaje ponownie ustalona, z wyłączeniem gwarancji Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
5. Zawiadomienie o skorygowanej wysokości składki Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu w trybie zgodnym z zapisami OWU § 26 ust. 1, przed terminem wymagalności kolejnej składki należnej z Umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Całkowite i trwale inwalidztwo, o którym mowa w Załączniku nr 1, Załączniku nr 2 oraz Załączniku nr 3 do niniejszych OWU następuje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia dodatkowego.

§ 5. Dokumenty wymagane do wypłaty świadczenia

1. W przypadku Hospitalizacji 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,
 - c. dokument zaświadczający o wypadku, wydany przez właściwe władze i określający wypadek, jego miejsce, datę i okoliczności.

2. W przypadku Hospitalizacji w wyniku Nieszczęśliwego Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Ubezpiezonego lub organów i instytucji o dostarczenie dodatkowych dokumentów, które mogą być w ich posiadaniu, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia.

§ 6. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpiezonego Ubezpieczeniem dodatkowym.
2. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności w przypadku Hospitalizacji Ubezpiezonego spowodowanej którymkolwiek z poniższych zdarzeń:
 - a. stanem demencji Ubezpiezonego,
 - b. interwencjami chirurgicznymi przeprowadzonymi w celach estetycznych,
 - c. 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),
 - d. wszelkimi pobytami, w charakterze użytkownika, w zakładach lub ośrodkach świadczących usługi rekonwalescencji, rehabilitacji, readaptacji, talasoterapii, w centrum spa, uzdrowisku lub w domach opieki.

§ 7. 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

**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
OBRAŻENIA CIELESNE W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

§ 1. Wprowadzenie

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie **OptiMAX Plus**, zawartej na podstawie OWU (dalej „Umowa podstawowa”) w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o obrażenia cielesne w następstwie 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:

1. 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.

2. 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.

3. Oparzenie 2-go stopnia

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

4. Oparzenie 3-go stopnia

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

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, na zasadach określonych w niniejszych SzWU.
2. 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 § 23 OWU i § 6 SzWU.
3. Suma ubezpieczenia dla Ubezpieczenia dodatkowego może być wybrana przez Ubezpieczającego z poniższych wariantów:

Wariant	Suma ubezpieczenia
1	10 000 zł
2	15 000 zł
3	20 000 zł
4	25 000 zł

4. W przypadku wystąpienia obrażeń cielesnych w wyniku zdarzenia opisanego w ust.2. powyżej, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie stanowiące procent Sumy ubezpieczenia (SU) dla Ubezpieczenia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą podaną w ust.3., z zastrzeżeniem poniżej:
 - a. w przypadku złamania kilku kości wypłacone będzie świadczenie z tytułu złamania tylko jednej kości, najwyżej wycenianej w tabeli podanej w ust.5.,
 - b. łączna kwota świadczenia wypłacona Ubezpieczonemu w wyniku różnych obrażeń cielesnych spowodowanych jednym Nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia.
5. 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%

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

1. Rozszerzenie Umowy podstawowej o Ubezpieczenie dodatkowe jest możliwe wyłącznie w dniu zawierania Umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w niniejszych SzWU obowiązuje wyłącznie w okresie obowiązywania Umowy podstawowej.
3. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje:
 - a. w przypadku zakończenia umowy podstawowej,
 - b. w przypadku wypłaty przez Ubezpieczyciela łącznie 200% Sumy ubezpieczenia w czasie obowiązywania Ubezpieczenia dodatkowego.
 - c. W przypadku wymienionym w pkt. b., wysokość składki obowiązującej dla Umowy ubezpieczenia zostaje ponownie ustalona, z wyłączeniem gwarancji Obrażenia cielesne w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Całkowite i trwałe inwalidztwo, o którym mowa w Załączniku nr 1, Załączniku nr 2 oraz Załączniku nr 3 do niniejszych OWU następuje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia dodatkowego.

§ 5. 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.

§ 6. 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.

§ 7. 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

**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
W ZWIĄZKU Z ODNIESIENIEM OBRAŻEŃ CIELESNYCH**

§ 1. Wprowadzenie

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie **OptiMAX Plus**, zawartej na podstawie OWU (dalej „Umowa podstawowa”) w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o Czasową niezdolność do pracy w następstwie 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:

1. **Czasowa niezdolność do pracy spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem**

Niezdolność do pracy trwająca nieprzerwanie powyżej 14 dni, będąca bezpośrednim skutkiem Obrażeń cielesnych powstałych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, zdefiniowanych w SzWU stanowiących Załącznik nr 5 do niniejszych OWU (dalej „Obrażenia cielesne”), stwierdzonych przez lekarza i potwierdzonych zaświadczeniem lekarskim, wystawionym na obowiązującym formularzu ZUS: ZLA lub e-ZLA.

2. **Obrażenia cielesne**

Złamania lub Oparzenia 2-go albo 3-go stopnia będące wyłącznie bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku, o których mowa w § 2 SzWU stanowiących Załącznik nr 5 do niniejszych OWU

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, na zasadach określonych w niniejszych SzWU.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Czasową niezdolność do pracy trwającą powyżej 14 dni będącą wyłącznie bezpośrednim skutkiem Obrażeń cielesnych.
3. W przypadku wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia dodatkowego Obrażenia cielesne.

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

1. Rozszerzenie Umowy podstawowej o Ubezpieczenie dodatkowe jest możliwe wyłącznie w dniu zawierania Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w niniejszych SzWU obowiązuje wyłącznie w okresie obowiązywania Umowy podstawowej rozszerzonej o ubezpieczenie dodatkowe Obrażenia cielesne.
3. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje:
 - a. w przypadku zakończenia umowy podstawowej,
 - b. w przypadku trzykrotnej wypłaty świadczenia przez Ubezpieczyciela w czasie obowiązywania Ubezpieczenia dodatkowego,
 - c. w przypadku zakończenia umowy ubezpieczenia dodatkowego Obrażenia Cielesne
 - d. w przypadku wymienionym w pkt. b. lub c. wysokość składki obowiązującej dla Umowy ubezpieczenia zostaje ponownie ustalona, z wyłączeniem gwarancji Czasowa Niezdolność do Pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Całkowite i trwałe inwalidztwo, o którym mowa w Załączniku nr 1, Załączniku nr 2 oraz Załączniku nr 3 do niniejszych OWU następuje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia dodatkowego.

§ 5. Wypłata świadczenia

1. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy powstałej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia dodatkowego niezależnie od liczby okresów Czasowej niezdolności do pracy i od zakresu Obrażeń cielesnych związanych z tym wypadkiem.
2. Wypłata świadczenia jest dokonywana w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia Ubezpieczycielowi zdarzenia stanowiącego podstawę do wypłaty. Jeśli w wyżej wymienionym terminie ustalenie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie musi zostać wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym
3. Świadczenie przysługuje na skutek Czasowej niezdolności do pracy powstałej z pierwszego Nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w ciągu jednego roku okresu obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych wypadków w tym okresie.
4. W całym okresie ubezpieczenia dodatkowego łączne świadczenie nie może przekroczyć trzykrotności Sumy ubezpieczenia dodatkowego.

§ 6. Dokumenty wymagane do wypłaty świadczenia w przypadku Czasowej niezdolności do pracy

1. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem jest zobowiązana niezwłocznie dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b. kopię formularza ZUS, potwierdzającego czasową niezdolność do pracy, poświadczonego za zgodność z oryginałem przez zakład pracy zatrudniający Ubezpieczonego w dacie wydania zwolnienia,
 - c. dokument zaświadczający o Nieszczęśliwym wypadku, wydany przez właściwe władze i określający wypadek, jego miejsce, datę i okoliczności.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się o dostarczenie dodatkowych dokumentów, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia, do zgłaszającego roszczenie, lekarzy, organów lub instytucji, które mogą być w ich posiadaniu.

3. Ubezpieczyciel ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem celem ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości we wskazanej przez Ubezpieczyciela placówce medycznej.
4. Koszty badań lekarskich, o których mowa w ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.
5. 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.
6. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić do wglądu Uposażonemu lub innej osobie występującej z roszczeniem informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać od Ubezpieczyciela pisemnego potwierdzenia udostępnionych informacji, a także sporządzania, na swój koszt, odpisów lub kserokopii dokumentów, a także potwierdzania ich zgodności z oryginałem.

§ 7. 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