



ProLIFE

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SKOROWIDZ

POSTANOWIENIA OGÓLNE	3
DEFINICJE	3
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	3
OKRES KARENCJI	4
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	5
POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY	5
SKŁADKI	5
USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ	6
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	6
OSOBY UPRAWNIONE DO UZYSKANIA ŚWIADCZENIA	6
WYPŁATA ŚWIADCZEŃ	7
PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY	7
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	8
WYGASNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	8
PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO	8
REKLAMACJE	8
WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU	9
PRZEDAWNIENIE	9
PRAWO WŁAŚCIWE	9
OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	9

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 **ProLIFE** (01/06/2020):

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	<u>OWU</u> § 2, § 3, § 13, § 17 – 19 z zastosowaniem definicji
ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<u>OWU</u> § 4, § 5, § 10, § 12, § 14, § 17 - 22, § 31 z zastosowaniem definicji

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie i zdrowie **ProLIFE** (dalej „OWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie i zdrowie **ProLIFE** (dalej „Umowa ubezpieczenia” albo „Umowa”).

DEFINICJE

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

1. **Ubezpieczyciel**
Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce, który zobowiązuje się wobec Ubezpieczającego do spełnienia świadczenia na rzecz Uposażonego albo Ubezpieczonego w przypadku zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, zgodnie z OWU.
2. **Ubezpieczający**
Podmiot, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany wobec Ubezpieczyciela do zapłaty składek ubezpieczeniowych.
3. **Ubezpieczony**
Osoba fizyczna, której życie i zdrowie objęte są ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia oraz OWU.
4. **Uposażony**
Osoba lub osoby wskazane przez Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek przez Ubezpieczającego za zgodą Ubezpieczonego, uprawnione do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, w zakresie i na warunkach określonych w OWU.
5. **Początek ubezpieczenia**
Data umieszczona w polisie, określająca początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
6. **Aneks do polisy**
Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, stwierdzający zmiany w Umowie ubezpieczenia.
7. **Suma ubezpieczenia**
Kwota wskazana w polisie stanowiąca podstawę ustalania wysokości świadczeń, zgodnie z OWU.
8. **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.
9. **Choroba**
Stwierdzone przez lekarza pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego niezależne od jego woli i niespowodowane wypadkiem.
10. **Karencja**
Okres, w którym Ubezpieczyciel ponosi ograniczoną odpowiedzialność za zaistniałe zdarzenia, na zasadach określonych w OWU.
11. **Poważne zachorowanie**
Ciężkie schorzenie zagrażające życiu lub powodujące inwalidztwo, do których zalicza się wyłącznie: zawał serca, udar mózgu, nowotwór złośliwy lub utratę wzroku.
12. **Poważny zabieg**
Interwencyjne sposoby leczenia, do których zaliczono wyłącznie zabiegi chirurgiczne na naczyniach wieńcowych (by-pass), przeszczep głównych narządów oraz przewlekłą dializoterapię.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego na warunkach określonych w OWU.
2. Zakres ubezpieczenia, w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia obejmuje:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) wystąpienie, pierwszy raz w życiu Ubezpieczonego, w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Poważnego zachorowania lub wykonania Poważnego zabiegu, z zastrzeżeniem § 3.

§ 3

1. Poważne zachorowanie lub wykonanie Poważnego zabiegu obejmują:

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

oznacza pojawienie się jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowych tkanek. Do nowotworów złośliwych zalicza się także białaczkę, nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być potwierdzone w badaniu histopatologicznym.

W przypadku braku takiej możliwości konieczne jest stwierdzenie nowotworu złośliwego przez specjalistę w zakresie onkologii.

Za datę wystąpienia nowotworu złośliwego uważa się datę postawienia rozpoznania histopatologicznego. W przypadku braku takiej możliwości, za datę rozpoznania uważa się datę rozpoznania nowotworu złośliwego przez specjalistę w zakresie onkologii.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową nowotwory in situ oraz stany przedinwazyjne, takie jak:

- guzy opisywane jako raki in situ (w tym dysplazja szyjki macicy CIN – 1, CIN – 2, CIN – 3 lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne,
- czerniaki złośliwe o maksymalnej penetracji w głąb tkanki poniżej 1,5 mm określonej w wyniku badania histologicznego lub klasyfikowane poniżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka,
- raki podstawnokomórkowe skóry oraz zmiany opisywane jako hiperkeratozy, raki płaskonabłonkowe skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych narządów,
- mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem HIV,
- raki prostaty histologiczne opisywane jako T1 w Klasyfikacji TNM (łącznie z T1a lub T1b) lub równoważne według innej klasyfikacji.

ZAWAŁ SERCA

oznacza martwicę części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, czego dowodem są typowe objawy bólu w klatce piersiowej, zmiany w zapisie EKG, charakterystyczne dla świeżego zawału serca oraz podwyższona aktywność enzymów wskaźnikowych, a w szczególności troponiny. Za datę ustalenia zawału uważa się datę rozpoznania choroby przez lekarza, spowodowanego ostrym epizodem wieńcowym.

UDAR MÓZGU

oznacza epizod mózgowo–naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienia lub zator materiałem pochodzenia pozaczaskowego, potwierdzony przez lekarza neurologa na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego mózgu.

Za Udar mózgu nie uważa się:

- objawów mózgowych związanych z migreną,
- uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia,
- schorzeń naczyniowych prowadzących do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego,
- zaburzenia krążenia w rejonie kręgowo-podstawnym (zespół przedsionkowy).

UTRATA WZROKU

oznacza całkowitą obuoczną ślepotę. Za datę ustalenia utraty wzroku uważa się datę ustalenia przez specjalistę chorób oczu.

ZABIĘG CHIRURGICZNY NA NACZYNIACH WIEŃCOWYCH (BY-PASS)

oznacza przeprowadzenie operacji wszczepiania pomostów omijających do tętnic wieńcowych z powodu zwężenia bądź niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych.

Techniki nieinwazyjne, takie jak angioplastyka przezskórna, terapia laserowa lub inne metody leczenia nieoperacyjnego nie będą uznawane za zabiegi chirurgiczne na naczyniach wieńcowych.

PRZESZCZEP GŁÓWNYCH NARZĄDÓW

oznacza wszczepienie Ubezpieczonemu (jako biorcy) serca, płuca, wątroby, nerki lub trzustki, pobranego od innej osoby (dawcy).

PRZEWLEKŁA DIALIZOTERAPIA

oznacza przewlekłe zastosowanie dializ z powodu skrajnej przewlekłej niewydolności nerek, zgodnie z powszechnie przyjętymi zasadami kwalifikacji do tych metod leczenia.

- Poważne zachorowanie lub wykonanie Poważnego zabiegu występuje w przypadku pojawienia się objawów i rozpoznania Chorób lub wykonania zabiegu, o których mowa w ust. 1 w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5.
- Poważne zachorowanie lub wykonanie Poważnego zabiegu występuje w przypadku pozostania przez Ubezpieczonego przy życiu w ciągu 30 dni od daty rozpoznania Choroby lub wykonania Poważnego zabiegu, o których mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem, iż w przypadku Udaru mózgu Ubezpieczony pozostanie przy życiu co najmniej 6 tygodni.

§ 4

Jeżeli do śmierci, Poważnego zachorowania lub wykonania Poważnego zabiegu dojdzie w okresie 3 lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może podnieść zarzut, że przy zawieraniu Umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, gdy zatajona została Choroba Ubezpieczonego.

III. OKRES KARENCCI

§ 5

- W okresie 180 dni od Początku obowiązywania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel ponosi ograniczoną odpowiedzialność w przypadku śmierci z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy wypadek.
- W okresie 90 dni od Początku obowiązywania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel ponosi ograniczoną odpowiedzialność w przypadku wystąpienia Poważnego zachorowania lub wykonania Poważnego zabiegu, z zastrzeżeniem, że w przypadku nowotworów złośliwych, okres ten wynosi 180 dni.
- W okresie, o którym mowa w ust. 1 i ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu śmierci Ubezpieczonego z innych przyczyn niż Nieszczęśliwy wypadek oraz z tytułu Poważnych zachorowań i wykonania Poważnych zabiegów, ograniczona jest do wypłaty świadczenia równego sumie składek wpłaconych z tytułu Umowy ubezpieczenia.

IV. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku ubezpieczeniowego podpisanego przez Ubezpieczającego.
2. 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 wypełnił i podpisał wniosek ubezpieczeniowy na formularzu Ubezpieczyciela, przedłożonym przez jego przedstawiciela lub w innej formie stosowanej przez Ubezpieczyciela,
 - b) Ubezpieczający wpłacił kwotę zaliczki w wysokości określonej we wniosku ubezpieczeniowym,
 - c) Ubezpieczony nie ukończył 55 lat w dacie Początku ubezpieczenia proponowanej we wniosku ubezpieczeniowym.

§ 7

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 polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają 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.

§ 8

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do podjęcia decyzji w sprawie zawarcia Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia spełnienia warunków, o których mowa w § 6 ust. 2 pkt a) i b).

V. POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY

§ 9

1. 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 pierwszej składki przez Ubezpieczającego,
 - c) zaakceptowaniu wniosku ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku. Umowa ubezpieczenia jest automatycznie przedłużana każdorazowo na kolejny okres jednego roku, 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.
3. Początek i koniec obowiązywania Umowy ubezpieczenia zostanie wskazany w polisie ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczony może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową na okres kolejnego roku, jeżeli nie ukończy 60 lat w kolejnym rocznym okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Objęcie ochroną potwierdzone jest przez Ubezpieczyciela Aneksem do polisy.

§ 10

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa:
 - a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
 - b) w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego któregośkolwiek z Poważnych zachorowań, albo wykonania Poważnego zabiegu, o których mowa w §3 uprawniających do świadczenia, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób lub zabiegów, a także bez względu na to, czy są one rozpoznane lub przebyte w tym samym czasie czy oddzielnie – w zakresie Poważnego zachorowania lub wykonania Poważnego zabiegu – począwszy od kolejnej rocznicy Umowy.

VI. SKŁADKI

§ 11

1. Składki ubezpieczeniowe są opłacane z góry za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne i roczne.
2. Ubezpieczający ma prawo zmienić częstotliwość opłacania składek w każdą rocznicę Umowy ubezpieczenia, informując o tym fakcie Ubezpieczyciela na 30 dni przed rocznicą Umowy ubezpieczenia.

3. Wysokość składki ustalana jest stosownie do wieku, stanu zdrowia Ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz do Sumy ubezpieczenia.
4. Wysokość składki jest ustalana co roku. Ubezpieczyciel pisemnie informuje Ubezpieczającego o zmianie składki lub zmianie zakresu ochrony ubezpieczeniowej nie później niż na 45 dni przed rocznicą Umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający ma prawo sprzeciwić się zmianie składki, o której mowa w ust. 4 powyżej, w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia Ubezpieczyciela o proponowanych zmianach.
6. W przypadku sprzeciwu, o którym mowa w ust. 5 powyżej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia.

§ 12

W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania lub wykonania Poważnego zabiegu:

- a) Ubezpieczający jest zwolniony z opłacania składki do najbliższej rocznicy Umowy ubezpieczenia po wystąpieniu powyższego zdarzenia,
- b) począwszy od kolejnej rocznicy Umowy ubezpieczenia składka za wystąpienie powyższego zdarzenia nie będzie naliczana w związku z wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tego ryzyka.

VII. USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

§ 13

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku rozpoznania u osoby Ubezpieczonej Poważnego zachorowania lub wykonania Poważnego zabiegu w okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej po upływie okresu Karencji, Ubezpieczyciel wypłaci 50% Sumy ubezpieczenia.
3. W okresie Karencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu śmierci Ubezpieczonego z innych przyczyn niż Nieszczęśliwy wypadek ograniczona jest do wypłaty świadczenia równego sumie składek wpłaconych z tytułu Umowy ubezpieczenia.

VIII. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 14

1. Ubezpieczyciel będzie zwolniony od odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia w przypadku samobójstwa Ubezpieczonego, jeżeli nastąpiło ono w okresie dwóch lat od zawarcia niniejszej Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia za śmierć lub inne zdarzenie objęte ubezpieczeniem, z tytułu następujących:
 - a) wypadków zaistniałych przed zawarciem Umowy ubezpieczenia,
 - b) Choroby zaistniałej przed zawarciem Umowy ubezpieczenia,
 - c) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - d) wojny lub wojny domowej,
 - e) udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, demonstracjach, aktach terroryzmu lub sabotażu, bójkach (z wyjątkiem przypadków obrony koniecznej),
 - f) stanu pod wpływem alkoholu, polegającego na występowaniu we krwi lub wydychanym powietrzu stężenia alkoholu równego lub wyższego od normy określonej w przepisach prawa,
 - g) wypadku lub Choroby spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub Uposażonego,
 - h) samookaleczenia lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - i) zażycia narkotyku lub środka odurzającego, nie przepisane przez lekarza lub, w przypadku środka przepisane przez lekarza, niezastosowania się do ograniczeń wynikających ze stosowania danego środka, w szczególności dotyczących prowadzenia pojazdów, które zapisane będą w ulotce załączonej do leku.
 - j) uprawiania zajęć rekreacyjnych o podwyższonym stopniu ryzyka lub sportów ekstremalnych: wspinaczka skalna, lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, speleologia, buldering, le 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, jazda na motocyklach oraz quadach, udział i próby w wyścigach lub rajdach samochodowych, jazda na gokartach oraz kartingach, sztuki walki, zorbing, pirotechnika oraz wszelkiego rodzaju sporty obronne,
 - k) 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,
 - l) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - m) skażenia radioaktywnego,
 - n) trucizny, wdychania trujących gazów lub oparów.

IX. OSOBY UPRAWNIONE DO UZYSKANIA ŚWIADCZENIA

§ 15

1. Prawo do świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania lub wykonania Poważnego zabiegu, przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje Uposażonym.

§ 16

1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub kilku Uposażonych uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie 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 pisemną zgodą Ubezpieczonego.
2. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, a nie określono udziału każdego z nich, przyjmuje się, że ich udziały są równe.
3. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych, udział Uposażonego lub Uposażonych, którzy w chwili śmierci Ubezpieczonego nie żyli, przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
4. 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.

X. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ**§ 17**

Dokumenty wymagane w celu wypłaty świadczenia, niezależnie od rodzaju świadczenia:

- a) wniosek o wypłatę świadczenia,
- b) numer polisy,
- c) kopia dokumentu urzędowego stwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby występującej z roszczeniem.

§ 18

Dokumenty dodatkowe wymagane w przypadku śmierci Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem powinna dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

- a) akt zgonu Ubezpieczonego,
- b) kopię karty zgonu Ubezpieczonego z określeniem przyczyny śmierci.

§ 19

Dokumenty dodatkowe wymagane w przypadku rozpoznania Poważnego zachorowania lub wykonania Poważnego zabiegu:

W przypadku wystąpienia którejkolwiek z Chorób lub zabiegów opisanych w § 2 Ubezpieczony powinien niezwłocznie dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty medyczne poświadczające zajście zdarzenia.

§ 20

1. 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.
2. 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.
3. Koszty badań lekarskich, o których mowa w ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.

§ 21

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.

§ 22

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.

§ 23

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 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.
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.

XI. PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY**§ 24**

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty doręczenia polisy ubezpieczeniowej albo w terminie 7 dni od daty doręczenia polisy, jeżeli jest przedsiębiorcą.
2. W takim przypadku Ubezpieczyciel zobowiązuje się zwrócić Ubezpieczającemu wpłaconą przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia składkę. Ubezpieczyciel ma prawo do potrącenia części składki należnej za okres, przez jaki udzielał ochrony.

XII. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 25

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia składane jest na piśmie.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego także w przypadku, jeżeli składka lub jej rata nie została opłacona w terminie określonym w Polisie Ubezpieczeniowej, mimo wezwania do zapłaty w dodatkowym 7-dniowym terminie i poinformowaniu Ubezpieczającego o skutkach nieopłacenia składki.
3. Rozwiązanie Umowy powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel nie będzie zobowiązany do zwrotu zapłaconych składek należnych za okres, w którym była udzielana ochrona ubezpieczeniowa.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia jedynie w przypadkach określonych w przepisach prawa.

XIII. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 26

Umowa ubezpieczenia wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub w najbliższą rocznicę Umowy ubezpieczenia po ukończeniu przez Ubezpieczonego 59 lat.

XIV. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO

§ 27

1. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony, jeżeli nie jest Ubezpieczającym, są zobowiązani do przekazania Ubezpieczycielowi wszystkich danych, o które pytał Ubezpieczyciel, niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek przekazywania danych ciąży również na przedstawicielu i obejmuje również okoliczności jemu znane.
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 wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Ubezpieczonemu pisemnych informacji o proponowanych zmianach, o których mowa w ust. 2 powyżej, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na te zmiany.
4. W przypadku zmiany zakresu ochrony ubezpieczeniowej, zmiany Sumy ubezpieczenia lub wysokości świadczeń, Ubezpieczający niezwłocznie przekazuje Ubezpieczonemu pisemną informację o tych zmianach.

§ 28

W przypadku Poważnych zachorowań i wykonania Poważnych zabiegów Ubezpieczony jest zobowiązany do zgłoszenia w ciągu 30 dni od daty rozpoznania lub 30 dni od daty wykonania Poważnego zabiegu.

Zgłoszenia mogą być dokonywane na piśmie, drogą mailową lub telefonicznie na adres i numer wskazany na polisie. Fakt ten należy zgłosić do Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia w przypadku naruszenia powyższego obowiązku.

XV. REKLAMACJE

§ 29

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 informuje 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.

XVI. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

§ 30

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.

XVII. PRZEDAWNNIENIE

§ 31

1. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie od Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia, w którym 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.

XVIII. PRAWO WŁAŚCIWE

§ 32

1. W zakresie określenia prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia zastosowanie mają następujące zasady:
 - a) prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej,
 - b) jeżeli Ubezpieczającym jest osoba fizyczna mająca miejsce zamieszkania w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż państwo, którego jest obywatelem, Ubezpieczający może wybrać prawo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, którego jest obywatelem.
2. 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.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU 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.

XIX. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 33

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

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 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