

PRÉVOIR
Ubezpieczenia na życie



ProRodzina

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SKOROWIDZ

| | |
|---|----|
| DEFINICJE | 3 |
| W tym paragrafie zawarte są najważniejsze pojęcia użyte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia. Wszystkie hasła pisane są wielką literą, co oznacza, że znaczenie tych słów użytych w treści OWU odpowiada dokładnie każdej definicji. Definicje pomagają wyjaśnić najważniejsze pojęcia występujące w OWU. | |
| PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA | 5 |
| Ten paragraf definiuje jakie zdarzenia będą objęte ochroną ubezpieczeniową. | |
| OKRES KARENCJI | 7 |
| ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA | 7 |
| Paragraf opisuje w jaki sposób można zawrzeć Umowę ubezpieczenia. | |
| POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY | 8 |
| Tutaj dowiesz się kiedy się zaczyna i ile trwa Umowa ubezpieczenia. | |
| USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ | 8 |
| WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI | 9 |
| Tutaj opisujemy szczegółowo sytuacje i zdarzenia, za które Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i w związku z tym, w przypadku ich zaistnienia, możemy odmówić wypłaty świadczenia. | |
| OSOBY UPRAWNIONE DO UZYSKANIA ŚWIADCZENIA | 10 |
| SKŁADKI | 11 |
| WYPŁATA ŚWIADCZEŃ | 11 |
| PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY | 13 |
| ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA | 14 |
| WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA | 14 |
| PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO | 14 |
| REKLAMACJE | 14 |
| W tym paragrafie dowiesz się w jaki sposób, gdzie oraz w jakim terminie możesz złożyć reklamację. | |
| WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU | 15 |
| PRZEDAWNIEŃ | 15 |
| Roszczenia z tytułu Twojej Umowy przedawniają się z upływem lat trzech. | |
| PRAWO WŁAŚCIWE | 15 |
| OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ | 15 |

W niebieskich ramkach umieściliśmy objaśnienia niektórych pojęć sformułowanych językiem prawniczym. Mamy nadzieję, że przyczynią się one do lepszego zrozumienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia **ProRodzina**. Jednocześnie informujemy, że objaśnienia są wyłącznie dodatkowym elementem i nie zastępują tekstu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia **ProRodzina**.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

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

DEFINICJE

- ✓ Poniższe definicje przedstawiają najważniejsze pojęcia użyte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
- ✓ Wszystkie hasła pisane są wielką literą, co oznacza, że znaczenie tych słów użytych w treści OWU odpowiada dokładnie wskazanej poniżej definicji.

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

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.

UBEZPIECZAJĄCY:

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

UBEZPIECZONY:

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

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.

MAŁŻONEK:

Osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja.

DZIECKO:

Dziecko własne Ubezpieczonego lub jego małżonka, lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego lub jego małżonka - pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Ubezpieczonym, do ukończenia 18 roku życia, a jeżeli uczęszcza do szkoły, do ukończenia 25 lat.

DZIECKO – URODZONE MARTWE:

Za dziecko urodzone martwe uważa się dziecko, które urodziło się **martwe** po 22. tygodniu ciąży i zostało zarejestrowane w Urzędzie Stanu Cywilnego.

RODZIC UBEZPIECZONEGO:

Naturalny ojciec, naturalna matka, albo osoba, która dokonała przysposobienia Ubezpieczonego.

RODZIC MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO:

Naturalny ojciec, naturalna matka, albo osoba, która dokonała przysposobienia Małżonka Ubezpieczonego.

CZŁONEK RODZINY

Małżonek, Dziecko, Rodzic Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, objęty ochroną zgodnie z wybranym wariantem.

POCZĄTEK UBEZPIECZENIA:

Data umieszczona w polisie, określająca początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

ANEKS DO POLISY:

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, stwierdzający zmiany w Umowie ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA:

Kwota wskazana w Polisie stanowiąca podstawę ustalania wysokości świadczeń, zgodnie z OWU.

NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK (NW):

Nagle, nieprzewidziane, zewnętrzne 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 prób samobójczych, zatruc, odmrożeń, porażeń słonecznych, następstw wysiłku, bólów kręgosłupa pochodzenia kostnego, mięśniowego lub nerwowego, wszelkiego rodzaju przepuklin, pęknięć tętniaka, zawałów, wylewów, śpiączki cukrzycowej lub hipoglikemicznej, przełomu tarczycowego i nadnerczowego, przeprowadzonych operacji chirurgicznych nie związanych z zaistniałym zdarzeniem, oraz innych stanów chorobowych występujących nagle.

WYPADEK KOMUNIKACYJNY (NWK):

Rodzaj Nieszczęśliwego Wypadku, zaistniały w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, spowodowany:

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

Nieszczęśliwy Wypadek oraz Wypadek Komunikacyjny nie obejmują użytkownika przez Ubezpieczonego – w charakterze kierowcy lub pasażera - dwu- lub trójkołowego pojazdu silnikowego lub quadu.

CHOROBA:

Stwierdzone przez lekarza pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego niezależne od jego woli i nie spowodowane wypadkiem.

CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO:

Za Całkowite i Trwałe Inwalidztwo uważa się trwałą niezdolność, wynikającą z obrażeń ciała w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby, do podjęcia jakiegokolwiek działalności zarobkowej.

W przypadku osób, które nie wykonywały pracy zarobkowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających nieszczęśliwy wypadek lub diagnozę choroby, pojęcie inwalidztwa rozszerza się o wymóg pomocy innych osób przy czynnościach życia codziennego (przemieszczanie się, ubieranie, mycie, spożywanie posiłków, samodzielne wstawanie z łóżka).

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 oraz rehabilitacji, jeżeli na koniec tego okresu według aktualnego stanu wiedzy medycznej stan zdrowia Ubezpieczonego nie ulegnie istotnej poprawie. Wymogu czasowego nie stosuje się w przypadku całkowitego, ewidentnego, nieodwracalnego inwalidztwa.

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Niezdolność do pracy trwająca nieprzerwanie powyżej 14 dni, będąca bezpośrednim skutkiem Obrażeń Cieleśnych (zdefiniowanych w OWU) powstałych w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, stwierdzonych przez lekarza i potwierdzonych zaświadczeniem lekarskim, wystawionym na obowiązującym formularzu ZUS.

OBRAŻENIA CIELESNE:

Obrażenia będące bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku lub Wypadku Komunikacyjnego w postaci zdefiniowanego w OWU Złamania lub Oparzenia 2 albo 3 stopnia.

ZŁAMANIE:

Nagle pourazowe złamanie kości, z wyłączeniem złamania zęba, złamania awulsyjnego oraz pęknięć i mikrourazów kości. Złamanie nie obejmuje uszkodzenia struktur chrzęstnych.

OPARZENIE 2 STOPNIA:

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

OPARZENIE 3 STOPNIA:

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

HOSPITALIZACJA:

Spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Wypadkiem Komunikacyjnym pobyt Ubezpieczonego w oddziale szpitalnym na okres dłuższy niż 48 godzin.

KARENcja:

Okres, w którym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zaistniałe zdarzenia, na zasadach określonych w OWU.

§ 1

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego, oraz w przypadku wyboru wariantów ubezpieczenia nr 2, 3 lub 4 również życie Członków jego rodziny, na warunkach określonych w OWU.
2. Zakres ubezpieczenia, w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia oraz na warunkach określonych w OWU, mogą stanowić jeden z wariantów określonych poniżej:

Wariant 1

- a) Śmierć Ubezpieczonego,
- b) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą,
- c) Hospitalizacja Ubezpieczonego, będąca bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) powstanie Obrażeń Cieleśnych u Ubezpieczonego, będących bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku,
- e) Czasowa niezdolność do pracy będąca wyłącznie bezpośrednim skutkiem Obrażeń Cieleśnych powstałych w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

Wariant 2

- a) Śmierć Ubezpieczonego,
- b) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą,
- c) Hospitalizacja Ubezpieczonego, będąca bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) powstanie Obrażeń Cieleśnych u Ubezpieczonego, będących bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku,
- e) Czasowa niezdolność do pracy będąca wyłącznie bezpośrednim skutkiem Obrażeń Cieleśnych powstałych w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
- f) osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego,
- g) śmierć Dziecka,
- h) urodzenie Dziecka,
- i) urodzenie martwego Dziecka.

Wariant 3

- a) Śmierć Ubezpieczonego,
- b) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą,

- c) Hospitalizacja Ubezpieczonego, będąca w bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) powstanie Obrażeń Cieleśnych u Ubezpieczonego, będących bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku,
- e) Czasowa niezdolność do pracy będąca wyłącznie bezpośrednim skutkiem Obrażeń Cieleśnych powstałych w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
- f) śmierć Małżonka, Rodziców Ubezpieczonego lub śmierć Rodziców Małżonka.

Wariant 4

- a) Śmierć Ubezpieczonego,
- b) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą,
- c) Hospitalizacja Ubezpieczonego, będąca bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) powstanie Obrażeń Cieleśnych u Ubezpieczonego, będących bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku,
- e) Czasowa niezdolność do pracy będąca wyłącznie bezpośrednim skutkiem Obrażeń Cieleśnych powstałych w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
- f) śmierć Członka rodziny Ubezpieczonego,
- g) urodzenie Dziecka,
- h) osierocenie Dziecka,
- i) urodzenie Martwego Dziecka.

§ 2

1. Sumę ubezpieczenia określa Polisa. Ubezpieczający we wniosku ubezpieczeniowym wskaże proponowaną sumę ubezpieczenia, w granicach określonych przez Ubezpieczyciela.
2. Szczegółowy zakres ubezpieczenia oraz wysokość świadczeń określa tabela poniżej:

| ZAKRES UBEZPIECZENIA ORAZ WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ | | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|--|--|--|--|
| (w zależności od wybranego wariantu) | | | | | | | |
| Wariant | | | | ZDARZENIE | Należna kwota w% sumy ubez. / Kwota w zł | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| X | X | X | X | ŚMIERĆ/CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO | 100 % | | |
| X | X | X | X | ŚMIERĆ/CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NW | 50 000 zł łącznie | | |
| X | X | X | X | ŚMIERĆ/CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NWK | 100 000 zł łącznie | | |
| X | X | X | X | HOSPITALIZACJA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NW (DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE) | 100 zł | | |
| X | X | X | X | CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY BĘDĄCA BEZPOŚREDNIM SKUTKIEM OBRAŻEŃ CIELESNYCH POWSTAŁYCH W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU | 1 000 zł | | |
| | | X | X | ŚMIERĆ MAŁŻONKA | 50% | | |
| | | X | X | ŚMIERĆ RODZICA UBEZPIECZONEGO/RODZICA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO | 750 zł | | |
| | X | | X | ŚMIERĆ DZIECKA | 30% | | |
| | X | | X | URODZENIE DZIECKA | 1 000 zł | | |
| | X | | X | URODZENIE MARTWEGO DZIECKA | 20% | | |
| | X | | X | OSIEROCENIE DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO | 30% na każde dziecko | | |
| SUMA UBEZPIECZENIA DOT. OBRAŻEŃ CIAŁA UBEZPIECZONEGO, W TYM: | | | | | 15 000 zł | | |
| A) ZŁAMANIA | | | | | | | |
| X | X | X | X | KOŚĆ UDOWA LUB SZYJKA KOŚCI UDOWEJ, BIODRO, MIEDNICA | 100% | | |
| X | X | X | X | KRĘGOSŁUP Z WYMOGIEM ODBARCZENIA NEUROCHIRURGICZNEGO | 85% | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|------|
| X | X | X | X | KOŚĆ PISZCZELOWA | 65% |
| X | X | X | X | CZASZKA | 50% |
| X | X | X | X | KOŚCI TWARZY | 35% |
| X | X | X | X | KOŚĆ RAMIENNA, KOŚĆ PROMIENIOWA, KOŚĆ ŁOKCIOWA, KOŚĆ STRZAŁKOWA, KOSTKA | 25% |
| X | X | X | X | INNE ZŁAMANIA | 10% |
| | | | | B) OPARZENIA 2 I 3 STOPNIA (POWIERZCHNIA OPARZENIA) | |
| X | X | X | X | 40% LUB WIĘKSZA POWIERZCHNIA CIAŁA | 100% |
| X | X | X | X | 30% LUB WIĘKSZA POWIERZCHNIA CIAŁA | 65% |
| X | X | X | X | 20% LUB WIĘKSZA POWIERZCHNIA CIAŁA | 35% |
| X | X | X | X | 10% LUB WIĘKSZA POWIERZCHNIA CIAŁA | 10% |

§ 3 OKRES KARENCCI

Ubezpieczyciel wprowadza okres karencji, w którym nie ponosi odpowiedzialności przez okres:

1. 3 lat od początku ubezpieczenia w przypadku:
 - a) śmierci lub Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego z innych przyczyn niż Nieszczęśliwy Wypadek,
 - b) osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego z innych przyczyn niż Nieszczęśliwy Wypadek, śmierci Małżonka z innych przyczyn niż Nieszczęśliwy Wypadek.
2. 1 roku od początku ubezpieczenia w przypadku śmierci pozostałych Członków rodziny z innych przyczyn niż Nieszczęśliwy Wypadek.
3. 9 miesięcy od początku ubezpieczenia w przypadku:
 - a) urodzenia Dziecka,
 - b) urodzenia martwego Dziecka.

§ 4 ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA



W poniższych paragrafach opisujemy w jaki sposób można zawrzeć Umowę ubezpieczenia: należy poprawnie i czytelnie wypełnić, oraz podpisać wniosek o zawarcie ubezpieczenia.

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 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.
3. Ubezpieczający dokonuje zgłoszenia Członków rodziny Ubezpieczonego do ubezpieczenia w deklaracji rodzinnej.

§ 5

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

3. Sumę ubezpieczenia wskazaną we wniosku ubezpieczeniowym. Zmiana Umowy na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego w razie śmierci Ubezpieczonego, wymaga zgody Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:
 - a) zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia,
 - b) odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę (wniosek na formularzu Ubezpieczyciela) Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu Polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel jest obowiązany zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy. W przypadku, gdy nowe warunki ubezpieczenia zaproponowane przez Ubezpieczyciela nie zostaną przyjęte przez Ubezpieczającego, Ubezpieczający powinien zgłosić swój sprzeciw do Ubezpieczyciela w terminie 7 dni od daty ich otrzymania.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu w terminie wskazanym w ust. 4, Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku na nowych warunkach, zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
7. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu przez Ubezpieczającego Umowa ubezpieczenia nie wywołuje skutków.

§ 6

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do podjęcia decyzji w sprawie zawarcia Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia spełnienia warunków, o których mowa w § 4 ust. 2 pkt a) i b).

§ 7

POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY



Tutaj dowiesz się kiedy się zaczyna i ile trwa Umowa ubezpieczenia.

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 65 lat w kolejnym rocznym okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Objęcie ochroną potwierdzone jest przez Ubezpieczyciela Aneksami do Polisy.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie możliwość zmiany zakresu ochrony ubezpieczeniowej nie później niż na 45 dni przed rocznicą Umowy ubezpieczenia, informując o tym na piśmie Ubezpieczającego.
6. Ubezpieczający ma prawo sprzeciwić się zmianie, o której mowa w ust. 5 powyżej, w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia Ubezpieczyciela o proponowanych zmianach.
7. W przypadku sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6 powyżej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia.

§ 8

USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ (w zależności od wybranego wariantu)

1. **W przypadku Śmierci Ubezpieczonego albo Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Chorobą**, Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.

2. **W przypadku Śmierci albo Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem innym niż Wypadek Komunikacyjny** Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie w wysokości 50 000 zł. Za śmierć spowodowaną Nieszczęśliwym Wypadkiem albo Całkowite i Trwałe Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem, objęte niniejszą ochroną ubezpieczeniową uznaje się również Śmierć lub Całkowite i Trwałe Inwalidztwo będące bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli wystąpią najpóźniej w ciągu roku od momentu tego wypadku.
3. **Jeżeli Śmierć albo Całkowite i Trwałe Inwalidztwo są spowodowane Wypadkiem Komunikacyjnym**, Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie w wysokości 100 000 zł. Za śmierć spowodowaną Wypadkiem Komunikacyjnym lub Całkowite i Trwałe Inwalidztwo będące bezpośrednim skutkiem Wypadku Komunikacyjnego, objęte niniejszą ochroną ubezpieczeniową uznaje się również Śmierć lub Całkowite i Trwałe Inwalidztwo będące bezpośrednim skutkiem Wypadku Komunikacyjnego, jeżeli wystąpią najpóźniej w ciągu roku od daty tego wypadku.
4. **W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego** Ubezpieczyciel wypłaci dzienne świadczenie w wysokości 100 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień OWU poniżej:
 - a) pierwszych 48 godzin od momentu przyjęcia do szpitala nie wlicza się do czasu trwania Hospitalizacji,
 - b) Hospitalizację przeprowadzoną w okresie jednego roku od daty Nieszczęśliwego Wypadku lub Wypadku Komunikacyjnego uznaje się za objętą niniejszą ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że jest ona bezpośrednim skutkiem tego wypadku,
 - c) dzienne świadczenie na jednego Ubezpieczonego jest płatne maksymalnie za 100 dni w okresie rozliczeniowym ubezpieczenia,
 - d) 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 48 godzin. Postanowienia pkt a) stosuje się odpowiednio.
5. W przypadku powstania **Obrażeń Cieleśnych Ubezpieczonego** w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określany zgodnie z tabelami obrażeń i ich stopniem, z zastrzeżeniem poniżej:
 - a) w przypadku złamania kilku kości wypłacone będzie świadczenie tylko z tytułu złamania jednej kości, najwyżej wycenianej w tabeli § 2 ust.2,
 - b) łączne świadczenie z tytułu Obrażeń Cieleśnych Ubezpieczonego odniesionych w tym samym wypadku nie może przekraczać 100% sumy ubezpieczenia,
 - c) łączne świadczenia należne Ubezpieczonemu na podstawie niniejszej ochrony ubezpieczeniowej w wyniku różnych Obrażeń Cieleśnych spowodowanych wypadkami objętymi ubezpieczeniem, w okresie rozliczeniowym ubezpieczenia nie mogą przekroczyć kwoty 200% sumy ubezpieczenia,
 - d) w przypadku Obrażeń Cieleśnych suma ubezpieczenia wynosi 15 000 zł.
6. Okres rozliczeniowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 4c i 5c wynosi 5 kolejnych lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną. Pierwszy okres rozliczeniowy rozpoczyna się od momentu rozpoczęcia Umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku **Czasowej Niezdolności do pracy** powstałej w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 1000 zł, niezależnie od liczby okresów Czasowej Niezdolności do Pracy i od zakresu Obrażeń Cieleśnych związanych z tym wypadkiem. Świadczenie przysługuje na skutek Czasowej Niezdolności do Pracy powstałej z pierwszego Nieszczęśliwego Wypadku, zaistniałego w ciągu jednego roku, na który została zawarta albo przedłużona Umowa ubezpieczenia, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków w tym okresie.

§ 9

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI



Tutaj opisujemy szczegółowo sytuacje i zdarzenia, za które Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i w związku z tym, w przypadku ich zaistnienia, **możemy odmówić wypłaty świadczenia.**

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.

Wyłączenia wspólne dla wszystkich ryzyk ubezpieczeniowych:

2. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia za śmierć lub inne zdarzenie objęte ubezpieczeniem, z tytułu następstw:

- 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 spowodowanej umyślnie przez Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub Uposażonego,
- h) samookaleczenia lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
- i) zażycia narkotyku lub środka odurzającego, nie przepisanego przez lekarza, lub, w przypadku środka przepisane przez lekarza, niezastosowania się do ograniczeń wynikających ze stosowania danego środka, w szczególności dotyczących prowadzenia pojazdów,
- 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 wymaganych uprawnień do jego prowadzenia lub bez dokumentu potwierdzającego, że na dzień zajścia zdarzenia pojazd nie wymaga dokonania przeglądu technicznego,
- l) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
- m) skażenia radioaktywnego.

3. Wyłączenia, o których mowa w ust. 1 i 2 stosuje się także do Członków rodziny Ubezpieczonego.

Wyłączenia dodatkowe z zakresu ochrony ubezpieczeniowej Hospitalizacji Ubezpieczonego:

4. Ubezpieczyciel będzie także zwolniony z odpowiedzialności w przypadku Hospitalizacji spowodowanej którymkolwiek z poniższych zdarzeń:

- a) stanem demencji Ubezpieczonego,
- 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.

Wyłączenia dodatkowe z zakresu ochrony ubezpieczeniowej Obrażeń Cieleśnych

Ubezpieczonego:

5. Ubezpieczyciel będzie także zwolniony z odpowiedzialności w przypadku powstania Obrażeń Cieleśnych Ubezpieczonego spowodowanych którymkolwiek z poniższych zdarzeń:

- a) jakąkolwiek chorobą zaistniałą przed obowiązywaniem niniejszej ochrony ubezpieczeniowej,
- b) obrażeniami cieleśnymi wynikającymi ze stanu demencji Ubezpieczonego,
- c) zmianami krążków międzykręgowych (przepuklina dysku, zapalenie krążka międzykręgowego, zwyrodnienie dysku),
- d) oparzeniami spowodowanymi ekspozycją na słońce lub używaniem sztucznego środka opalającego,
- e) wszelkimi obrażeniami cieleśnymi innymi niż te, które określono w § 2 ust.2 OWU.

§ 10

OSOBY UPRAWNIONE DO UZYSKANIA ŚWIADCZENIA

1. Prawo do świadczenia z tytułu Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa, a także świadczenia z tytułu Hospitalizacji, Obrażeń Cieleśnych Ubezpieczonego, przysługuje Ubezpieczonemu.

2. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje Uposażonym z wyłączeniem świadczenia z tytułu osierocenia Dziecka, które przysługuje osieroconemu Dziecku.
3. W przypadku Śmierci Członka rodziny lub urodzenia Dziecka prawo do świadczenia przysługuje Ubezpieczonemu, chyba że Członek rodziny wskazał inną osobę uprawnioną.
4. W przypadku Śmierci Ubezpieczonego świadczenie należne Ubezpieczonemu zostanie wypłacone Uposażonym.
5. 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.
6. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, a nie określono udziału każdego z nich, przyjmuje się, że ich udziały są równe.
7. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych, udział Uposażonego lub Uposażonych, którzy w chwili śmierci Ubezpieczonego nie żyli, przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
8. 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.

§ 11 SKŁADKI

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 Ubezpieczonego, wybranego wariantu oraz do sumy ubezpieczenia.
4. Wysokość składki ulega zmianie w każdą rocznicę Umowy ubezpieczenia o czym Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego na piśmie nie później niż na 30 dni przed rocznicą Umowy. Postanowienia §7 ust. 6-7 OWU stosuje się odpowiednio.

§ 12 WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

✓ Poniżej opisujemy jakie dokumenty są niezbędne do wypłaty świadczenia oraz kiedy następuje wypłata świadczenia

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

- a) wniosek o wypłatę świadczenia,
- b) numer polisy lub kopia polisy wraz z aneksami (jeżeli były sporządzane) o ile znajdują się w posiadaniu zgłaszającego roszczenie,
- c) dokument urzędowy stwierdzający tożsamość Uposażonego lub innej osoby występującej z roszczeniem.

§ 13

Dokumenty wymagane w przypadku Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Choroby

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.

§ 14

Dokumenty wymagane w przypadku Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

W przypadku Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest 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.

§ 15

Dokumenty wymagane w przypadku Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego

W przypadku Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

- a) zaświadczenie lekarskie określające stan zdrowia Ubezpieczonego z opisem przebiegu leczenia,
- b) kopie kart wypisowych z pobytu w szpitalach,
- c) w przypadku Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem opis okoliczności zajścia wypadku wraz ze wskazaniem organu prowadzącego postępowanie.

§ 16

Dokumenty wymagane w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego

W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

- a) kopię karty z pobytu szpitalnego określającą charakter leczenia, odbyte zabiegi, datę przyjęcia i wypisania ze szpitala lub przewidywaną datę wypisania. W tym przypadku, jeżeli pobyt w szpitalu zostanie przedłużony, należy zgłosić ten fakt i przedłożyć stosowne zaświadczenie,
- b) dodatkowo, na wniosek Ubezpieczyciela, zaświadczenie wydane przez lekarza prowadzącego leczenie lub zabiegi, stwierdzające przyczynę i charakter pobytu w szpitalu oraz inne informacje niezbędne do podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia,
- c) dokument zaświadczający o wypadku, wydany przez właściwe władze i określający wypadek, jego miejsce, datę i okoliczności.

§ 17

Dokumenty wymagane w przypadku Obrażeń Cieleśnych Ubezpieczonego

1. W przypadku powstania obrażeń Ubezpieczonego, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

- a) kopię karty z pobytu szpitalnego lub dokumentacji ambulatoryjnej określające charakter leczenia, odbyte zabiegi, datę przyjęcia i wypisania ze szpitala lub przewidywaną datę wypisania, zdjęcie radiologiczne złamanej kości, zdjęcie oparzenia,
- b) dodatkowo, na wniosek Ubezpieczyciela, zaświadczenie wydane przez lekarza prowadzącego leczenie lub zabiegi, stwierdzające przyczynę, charakter i stopień obrażeń,
- c) dokument zaświadczający o wypadku, wydany przez właściwe władze i określający wypadek, jego miejsce, datę i okoliczności.

Dokumenty wymagane w przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy

2. W przypadku Czasowej Niezdolności do pracy, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

- a) kopię formularza ZUS, potwierdzającego czasową niezdolność do pracy, poświadczonego za zgodność z oryginałem przez zakład pracy zatrudniający Ubezpieczonego w dacie wydania zwolnienia,
- b) dokument zaświadczający o wypadku, wydany przez właściwe władze i określający wypadek, jego miejsce, datę i okoliczności.

Dokumenty wymagane w przypadku śmierci Członka rodziny

3. W przypadku śmierci Członka rodziny, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

- a) akt zgonu Członka rodziny,

- b) akt małżeństwa, w przypadku zgonu Małżonka oraz zgonu Rodzica małżonka Ubezpieczonego,
- c) inne dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń.

Dokumenty wymagane w przypadku urodzenia Dziecka

4. W przypadku urodzenie Dziecka, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
- a) akt urodzenia dziecka.

Dokumenty wymagane w przypadku urodzenia martwego Dziecka

5. W przypadku urodzenie martwego Dziecka, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
- a) akt zgonu Dziecka,
 - b) inne dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń.

§ 18

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.

§ 19

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.

§ 20

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.

§ 21

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.

§ 22

PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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.

§ 23

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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.

§ 24

WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu Śmierci albo Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego.

§ 25

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO

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.

§ 26

Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznego zgłoszenia zdarzeń objętych ubezpieczeniem. W przypadku Obrażeń Cieleśnych termin ten wynosi 7 dni. Zgłoszenia mogą być dokonywane na piśmie, drogą mailową lub telefonicznie na adres i numer wskazany na Polisie.

§ 27

REKLAMACJE

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. Nowoberestecka 14; 02-204 Warszawa) oraz w każdym biurze handlowym obsługującym klientów
 - albo
 - pocztą na adres: Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce, ul. Nowoberestecka 14; 02-204 Warszawa,
 - b) w formie elektronicznej: na adres e-mail: reklamacje@prevoir.pl
 - c) ustnie - telefonicznie: na numer telefonu: (22) 572 80 00W przypadku złożenia reklamacji telefonicznie, osoba przyjmująca reklamację sporządzi notatkę ze wskazaniem następujących danych: data, imię, nazwisko, adres do korespondencji,

- adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu), opis zastrzeżeń Klienta dotyczących usług świadczonych przez Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce.
3. Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce udziela odpowiedzi na reklamacje bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W przypadku szczególnie skomplikowanych spraw, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce poinformuje składającego reklamację o:
 - a) przyczynach opóźnienia,
 - b) okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - c) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 4. Odpowiedź na reklamacje udzielana jest w postaci papierowej. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jej upływem.
 5. Niezależnie od powyższej procedury reklamacyjnej, Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego, oraz prawo do wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.

§ 28 WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

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.

§ 29 PRZEDAWNIE

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.

§ 30 PRAWO WŁAŚCIWE

1. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
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.

§ 31 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

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 3 listopada 2017 roku.
W imieniu Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce:

Michał BUKOWICKI



Reprezentant Prévoir w Polsce

Colin TURNER



Dyrektor Oddziału