



MaxiKapitał

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SKOROWIDZ

DEFINICJE	3
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	3
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA UMOWY – KONIEC OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA	4
OSOBY UPRAWNIONE DO UZYSKANIA ŚWIADCZENIA	4
UTWORZENIE RACHUNKU „KAPITAŁ”	5
WYPŁATA ŚWIADCZEŃ	5
TERMIN WYPŁATY ŚWIADCZENIA	6
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	6
SKŁADKI	6
INDEKSACJA SKŁADEK	7
WYKUP POLISY	7
CZĘŚCIOWY WYKUP POLISY	7
UMOWA BEZSKŁADKOWA	8
PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY	8
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	8
ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA	8
PRAWA UBEZPIECZONEGO / UBEZPIECZAJĄCEGO	8
REKLAMACJE	9
WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU	9
PRZEDAWNICTWO	9
PRAWO WŁAŚCIWE	9
OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	100

ZAŁĄCZNIK NR 1

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA: ŚMIERĆ LUB INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ZAŁĄCZNIK NR 2

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA: ŚMIERĆ LUB INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

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 **MaxiKapitał** (01/06/2020):

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<u>OWU</u> § 1, § 2, § 10 – 13, § 20 - 22 z zastosowaniem definicji <u>Załącznik nr 1 do OWU</u> definicje § 1 -5, <u>Załącznik nr 2 do OWU</u> definicje § 1 -5,
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<u>OWU</u> § 10 – 14, § 15, § 23 - 24, § 31 z zastosowaniem definicji <u>Załącznik nr 1 do OWU</u> definicje § 2 - 5 <u>Załącznik nr 2 do OWU</u> Definicje § 2 - 5
Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysuguje	<u>OWU</u> § 20, § 21, § 22 z zastosowaniem definicji

POSTANOWIENIA OGÓLNE

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

DEFINICJE

Wyrażenia użyte w OWU, Polisach oraz innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce, 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. Ubezpieczony

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

3. Ubezpieczający

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

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. Polisa ubezpieczeniowa

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela stwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia pomiędzy stronami. Dokument ten określa między innymi imię i nazwisko Ubezpieczonego, zakres ubezpieczenia oraz wysokość gwarantowanych świadczeń.

6. Początek ubezpieczenia

Data umieszczona w Polisie, określająca Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

7. Aneks

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, stwierdzający zmiany w Umowie ubezpieczenia.

8. Wykup polisy

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

9. Częściowy wykup polisy

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

§ 1

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego na zasadach określonych w OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego lub dożycie przez Ubezpieczonego do końca obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

§ 2

1. Zakres Ubezpieczenia podstawowego może być rozszerzony o następujące ubezpieczenia dodatkowe:

- śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (załącznik nr 1 do OWU),
- śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (załącznik nr 2 do OWU).

2. Sumy ubezpieczeń dodatkowych wymienionych w ust. 1 pkt. 1 mogą być wybrane przez Ubezpieczającego z poniższych wariantów:

- śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

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

b) śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego wynosi 50 000 zł.

3. Rozszerzenia ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 obowiązują wyłącznie w okresie ubezpieczenia na życie, chyba, że inaczej uregulowano w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia (załączniki nr 1, 2 do OWU).

4. Rozszerzenie ubezpieczenia o ubezpieczenia dodatkowe jest możliwe wyłącznie przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia oraz pod warunkiem, że w dacie Początku ubezpieczenia wskazanej we wniosku ubezpieczeniowym Ubezpieczony nie ukończy 65 lat.

5. Począwszy od rocznicy polisy, po dacie w której Ubezpieczony ukończy 70 lat, Ubezpieczenia dodatkowe wygasają, a składka będzie pobierana wyłącznie za ubezpieczenie podstawowe.
6. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia stosuje się wprost lub odpowiednio OWU.

§ 3

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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

- a) Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, prawidłowo wypełnili i podpisali wniosek ubezpieczeniowy na formularzu Ubezpieczyciela, przedłożonym przez jego przedstawiciela lub w innej formie stosowanej przez Ubezpieczyciela,
- b) Ubezpieczający wpłacił kwotę zaliczki w wysokości określonej we wniosku ubezpieczeniowym,
- c) Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 75 lat w dacie Początku ubezpieczenia proponowanej we wniosku ubezpieczeniowym.

§ 4

1. Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, obowiązani są podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo w innych pismach przed zawarciem umowy. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
2. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po złożeniu Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczonego oświadczenia, że chce skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej i wyraża zgodę na sumę ubezpieczenia wskazaną we wniosku ubezpieczeniowym. Zmiana Umowy na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego w razie śmierci Ubezpieczonego, wymaga zgody Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:
 - a) zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia,
 - b) odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę (wniosek na formularzu Ubezpieczyciela), Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu 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.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu w terminie wskazanym w ust. 4, Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku na nowych warunkach, zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
6. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu przez Ubezpieczającego Umowa ubezpieczenia nie wywołuje skutków.

§ 5

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do podjęcia decyzji w sprawie zawarcia Umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia spełnienia warunków, o których mowa w § 3 lit. a) i b).

§ 6

POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA UMOWY – KONIEC OBOWIĄZYWANIA UMOWY 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 jest zawierana na czas określony, obejmujący pełne lata, nie krótszy niż 5 lat, oraz z zastrzeżeniem, że na koniec okresu ubezpieczenia Ubezpieczony, nie ukończy 80 lat.
3. Początek i koniec obowiązywania Umowy ubezpieczenia zostanie wskazany w Polisie ubezpieczeniowej.

§ 7

OSOBY UPRAWNIONE DO UZYSKANIA ŚWIADCZENIA

1. Prawo do świadczenia z tytułu dożycia oraz Całkowitego i trwałego inwalidztwa przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje Uposażonym.
3. 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.
4. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, a nie określono udziału każdego z nich, przyjmuje się, że ich udziały są równe.
5. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych, udział Uposażonego lub Uposażonych, którzy w chwili śmierci Ubezpieczonego nie żyli, przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
6. Jeżeli nie wskazano Uposażonego należnego świadczenie jest wypłacane spadkobiercom Ubezpieczonego - wskazanym w sądowym stwierdzeniu nabycia spadku albo w akcie poświadczenia dziedziczenia sporządzonym przez notariusza – proporcjonalnie do ich udziałów.

§ 8

UTWORZENIE RACHUNKU „KAPITAŁ”

Prowadzenie rachunku „Kapitał”

W chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel utworzy dla Umowy ubezpieczenia rachunek „Kapitał”, na który będą przekazywane, po potrąceniu kosztów, przeznaczone do inwestowania części składek regularnych, oraz składek dobrowolnych wpłacanych przez Ubezpieczającego, jak również odsetki dopisywane do rachunku „Kapitał” przez Ubezpieczyciela.

§ 9

Wzrost na rachunku „Kapitał”

1. Zainwestowane kwoty będą oprocentowane począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po ich rzeczywistym zainkasowaniu przez Ubezpieczyciela.
2. łączne odsetki dopisywane przez Ubezpieczyciela będą obejmować minimalne odsetki gwarantowane w wysokości 1% rocznie oraz ewentualne odsetki dodatkowe:
 - a) minimalne odsetki gwarantowane będą dopisywane na rachunku „Kapitał” na koniec każdego miesiąca, według miesięcznej stopy oprocentowania, ustalonej na podstawie gwarantowanej minimalnej rocznej stopy oprocentowania. Gwarantowana minimalna roczna stopa oprocentowania obowiązująca w okresie ubezpieczenia podana zostanie w polisie,
 - b) na koniec każdego roku kalendarzowego, Ubezpieczyciel sporządzi rachunek wyników (w niższym znaczeniu) w odniesieniu do umów ubezpieczenia **MaxiKapitał**, w celu określenia stopy dodatkowego oprocentowania dla wszystkich umów ubezpieczenia **MaxiKapitał**.

Po stronie „ma” w rachunku wyników będą zapisywane:

- dochody netto z lokat, związanych z rachunkami „Kapitał” dla umów ubezpieczenia **MaxiKapitał**,
- wartość dodatkowa netto uzyskana w wyniku sprzedaży lokat,
- zmniejszenie wartości rezerwy na obniżenie wartości lokat.

Po stronie „winien” na rachunku będą zapisywane:

- odsetki według minimalnej gwarantowanej stopy oprocentowania, dopisywane w ciągu roku,
- strata netto w wyniku sprzedaży lokat - zwiększenie wartości rezerwy na obniżenie wartości lokat,
- ewentualne przeniesienie ujemnego wyniku finansowego z poprzedniego roku,
- koszty związane z zarządzaniem z zarządzaniem w wysokości 1% wartości rachunków „Kapitał”, według stanu w dniu 31 grudnia danego roku.

Ewentualna kwota odsetek dopisywana na rachunku „Kapitał” z tytułu udziału w zyskach, wyniesie nie więcej niż 60% dodatniego salda ustalonego na podstawie rachunku wyników sporządzonego na koniec każdego roku kalendarzowego. Dodatkowe odsetki z tytułu udziału w rachunku wyników będą należne w dniu 31 grudnia danego roku na podstawie umów ubezpieczenia **MaxiKapitał**. Dodatkowe odsetki będą dopisywane na rachunku „Kapitał” w dniu 1 stycznia następnego roku.

§ 10

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Świadczenie w przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca obowiązywania Umowy ubezpieczenia

W przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca obowiązywania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości stanowiącej równowartość środków zgromadzonych na rachunku „Kapitał” według stanu z dnia, w którym upłynął ten okres pod warunkiem, że przed tym dniem nie wystąpiło inne zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela jak również nie nastąpił całkowity Wykup polisy.

§ 11

Świadczenie w przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca obowiązywania Umowy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu po dostarczeniu następujących dokumentów:

- a) wniosku o wypłatę świadczenia wraz ze wskazaniem numeru Polisy ubezpieczeniowej,
- b) dokumentu urzędowego stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego.

§ 12

Świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Uposażonym świadczenie w wysokości stanowiącej równowartość środków zgromadzonych na rachunku „Kapitał” według stanu w dniu śmierci.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego następuje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.

§ 13

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uposażony lub Uposażeni powinni niezwłocznie dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia wraz ze wskazaniem numeru Polisy ubezpieczeniowej,
 - b) akt zgonu Ubezpieczonego,
 - c) dokument urzędowy stwierdzający tożsamość Uposażonego lub Uposażonych.
2. 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.
3. 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.

§ 14

TERMIN WYPŁATY ŚWIADCZENIA

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.

§ 15

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia w przypadku samobójstwa Ubezpieczonego, jeżeli nastąpiło ono w okresie 6 miesięcy od zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia wspólne dla ryzyk z Ubezpieczeń dodatkowych:

2. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Ubezpieczeń dodatkowych do Umowy ubezpieczenia, z tytułu następstw:
 - a) wypadków zaistniałych przed obowiązywaniem Umowy ubezpieczenia,
 - b) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez ubezpieczonego,
 - c) wojny lub wojny domowej,
 - d) udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, demonstracjach, aktach terroryzmu lub sabotażu, bójkach (z wyjątkiem przypadków obrony koniecznej),
 - e) stanu pod wpływem alkoholu, polegającego na występowaniu we krwi stężenia alkoholu równego lub wyższego od normy określonej w przepisach prawa,
 - f) wypadku lub choroby spowodowanej umyślnie przez Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub Uposażonego,
 - g) 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,
 - j) uprawiania zajęć rekreacyjnych o podwyższonym stopniu ryzyka lub sportów ekstremalnych: wspinaczka skalna, lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, speleologia, buldering, Le Parkour, canyoning, kajakerstwo 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.

§ 16

SKŁADKI

Składki okresowe

1. Składki ubezpieczeniowe są opłacane z góry za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub 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 sumy ubezpieczenia oraz wybranej opcji.
4. Udział kosztów zarządzania i kosztów akwizycji w składkach okresowych za ubezpieczenie podstawowe jest stały i wynosi łącznie 5%.

§ 17

Składki dobrowolne

1. Ubezpieczający może w dowolnym momencie Umowy ubezpieczenia dokonywać dodatkowych wpłat składek dobrowolnych, w pełnych złotych, w wysokości jednorazowo nie mniejszej niż wskazana w Polisie ubezpieczeniowej (minimalna składka dobrowolna).
2. Wpłaty dokonywane są na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela, z podaniem Ubezpieczającego, numeru Polisy oraz tytułu wpłaty.
3. Udział kosztów zarządzania i kosztów akwizycji w składce dobrowolnej wynosi łącznie 3% składki.

4. Dodatkowe wpłaty, po potrąceniu kosztów, zapisywane są na rachunku „Kapitał”.

§ 18

Skutki nieopłacenia składek ubezpieczeniowych

1. Nieopłacenie raty składki ubezpieczeniowej w terminie daty płatności wskazanej w Polisie ubezpieczeniowej skutkuje:
 - a) ustaniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 26, jeżeli Umowa ubezpieczenia nie spełnia warunków do przekształcenia w umowę bezskładkową, o których mowa w § 23, albo
 - b) przekształceniem Umowy ubezpieczenia w umowę bezskładkową, jeżeli Umowa ubezpieczenia spełnia warunki do przekształcenia w umowę bezskładkową, o których mowa w § 23.
2. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia bądź jej przekształcenie w umowę bezskładkową jest skuteczne, jeżeli po upływie terminu określonego w Polisie ubezpieczeniowej składka lub jej rata nie została opłacona, mimo wezwania do zapłaty w dodatkowym 7- dniowym terminie i poinformowaniu Ubezpieczającego o skutkach nieopłacenia składki.
3. W przypadku zapłaty na poczet składek, otrzymane wpłaty zaliczane będą w pierwszej kolejności na pokrycie zaległych składek o najwcześniejszym terminie wymagalności.

§ 19

INDEKSACJA SKŁADEK

1. Każdego roku, w rocznicę Umowy, składka ubezpieczeniowa za ubezpieczenie podstawowe zostanie powiększona wg stawki wybranej przez Ubezpieczającego we wniosku ubezpieczeniowym.
2. Wzrost składki obowiązuje począwszy od każdej rocznicy Umowy, przy czym pierwsze zwiększenie składki nastąpi w pierwszą rocznicę Umowy, a ostatnie zwiększenie rok przed końcem obowiązywania Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający ma prawo sprzeciwić się zwiększeniu składki, w terminie 7 dni od daty otrzymania od Ubezpieczyciela zawiadomienia o zwiększeniu składki.
4. Brak odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego oznacza zgodę na zwiększenie wysokości składki.
5. W razie odmowy indeksacji, kapitał gwarantowany na koniec Umowy ubezpieczenia ulegnie zmianie, z uwzględnieniem składek wynikających z odmowy tej indeksacji.

§ 20

WYKUP POLISY

1. Ubezpieczający ma prawo do Wykupu polisy, pod warunkiem opłacenia składek za okres co najmniej jednego roku od daty Początku ubezpieczenia.
Wartość Wykupu wynosi:
 - a) w okresie pierwszych 10 lat od początku obowiązywania umowy, 95% środków zgromadzonych na rachunku „Kapitał”, po uprzednim pomniejszeniu o jeszcze nie zamortyzowane koszty akwizycji,
 - b) po upływie 10 pierwszych lat od początku obowiązywania umowy, 100% środków zgromadzonych na rachunku „Kapitał” po uprzednim pomniejszeniu o jeszcze nie zamortyzowane koszty akwizycji.

§ 21

1. Wypłata wartości Wykupu nastąpi po złożeniu przez Ubezpieczającego wniosku o Wykup polisy zawierającego numer Polisy ubezpieczeniowej.
2. Wypłata wartości Wykupu powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.

§ 22

CZĘŚCIOWY WYKUP POLISY

1. Ubezpieczający ma prawo do Częściowego wykupu polisy, pod warunkiem opłacenia składek za okres co najmniej trzech lat od daty Początku ubezpieczenia.
2. Wypłata wartości Częściowego wykupu nastąpi po złożeniu przez Ubezpieczającego wniosku o częściowy Wykup polisy zawierającego numer Polisy ubezpieczeniowej i wysokość kwoty, o jaką ma być pomniejszony rachunek „Kapitał”.
3. Częściowy wykup może zostać dokonany pod warunkiem pozostawienia na rachunku „Kapitał” kwoty w wysokości nie mniejszej niż 1 000 zł.
4. Minimalna kwota, o jaką może być pomniejszony rachunek „Kapitał” wynosi 1 000 zł, i jest określona w Polisie ubezpieczeniowej.
5. Jeżeli po wypłacie Częściowego wykupu na rachunku „Kapitał” pozostałyby środki w wysokości niższej niż minimalna kwota określona w Polisie ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel:
 - a) wypłaca zmniejszoną wartość wykupu obniżając wartość rachunku „Kapitał” do kwoty minimalnej określonej w ust. 3, o ile spełniony jest warunek określony w ust. 4,
 - b) odmawia częściowego wykupu, o ile nie jest możliwe spełnienie ust. 3 i 4 powyżej łącznie.
6. W okresie pierwszych 10 lat od początku obowiązywania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potrąca 5% środków, o które jest pomniejszany rachunek „Kapitał”.
7. Wypłata wartości Częściowego wykupu powoduje obniżenie kapitału gwarantowanego na koniec Umowy ubezpieczenia o wysokość zmniejszenia rachunku „Kapitał” z uwzględnieniem gwarantowanego oprocentowania tego zmniejszenia do końca Umowy ubezpieczenia.

§ 23

UMOWA BEZSKŁADKOWA

1. Umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w umowę bezskładkową po upływie roku od dnia, w którym zaczęła obowiązywać, pod warunkiem, że wszystkie składki za okres pierwszego roku zostały zapłacone.
2. Umowa ubezpieczenia uzyskuje status umowy bezskładkowej od pierwszego dnia okresu, za który nie zapłacono składek.
3. W przypadku przekształcenia Umowy ubezpieczenia w umowę bezskładkową:
 - a) ustaje obowiązek opłacania składek,
 - b) wysokość środków na rachunku „Kapitał” ulega obniżeniu o nie zamortyzowane koszty akwizycji według stanu na początek obowiązywania umowy bezskładkowej,
 - c) minimalny kapitał gwarantowany na koniec Umowy ubezpieczenia zostaje ponownie przeliczony, uwzględniając zaktualizowany stan rachunku „Kapitał”, okres pozostały do końca Umowy ubezpieczenia oraz gwarantowaną stopę oprocentowania,
 - d) wygasają, jeżeli miały zastosowanie, rozszerzenia umowy o Ubezpieczenia dodatkowe, o których mowa w § 2.
4. Ubezpieczyciel może automatycznie zastąpić przekształcenie w umowę bezskładkową Wykupem polisy, jeżeli obniżony stan środków na rachunku „Kapitał” jest niższy od 2 000 złotych.

§ 24

1. Umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w umowę bezskładkową:
 - a) na wniosek Ubezpieczającego,
 - b) w przypadku nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego, o którym mowa w § 18 ust. 1 b) niniejszych OWU.
2. Wznowienie Umowy ubezpieczenia możliwe jest za zgodą Ubezpieczyciela w ciągu trzech pierwszych miesięcy trwania umowy bezskładkowej, po opłaceniu zaległych składek.

§ 25

PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty doręczenia Polisy, albo w terminie 7 dni od daty doręczenia Polisy, jeżeli jest przedsiębiorcą.
2. Ubezpieczyciel zobowiązuje się zwrócić Ubezpieczającemu w takim przypadku całość kwot wpłaconych przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 3 b OWU. Ubezpieczyciel może potrącić składkę za okres udzielanej ochrony.

§ 26

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie dokonywane 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, a Umowa ubezpieczenia nie spełnia warunków do przekształcenia w Umowę bezskładkową.
3. W razie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, mają zastosowanie § 20 i § 21 OWU o Wykupie Polisy.
4. Rozwiązanie Umowy powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel nie będzie zobowiązany do zwrotu zapłaconych składek należnych za okres, w którym była udzielana ochrona ubezpieczeniowa.
6. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia jedynie w przypadkach określonych w przepisach prawa.

§ 27

ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

1. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do powiadamiania Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych teleadresowych oraz mailowych, a także Ubezpieczonego oraz Uposażonego.

§ 28

PRAWA UBEZPIECZONEGO / UBEZPIECZAJĄCEGO

Informacje dla Ubezpieczającego

1. Ubezpieczyciel powiadomi Ubezpieczającego o gwarantowanych wartościach Wykupu oraz gwarantowanych wysokościach świadczeń, które będą obowiązywać w kolejne rocznice dnia, w którym Umowa ubezpieczenia zaczęła obowiązywać. Informacje te zawarte będą w Polisie ubezpieczeniowej.
2. W każdą rocznicę Początku obowiązywania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel poda do wiadomości Ubezpieczającego wartość Wykupu, stan środków na rachunku „Kapitał” oraz kapitał gwarantowany w przypadku dożycia do końca ubezpieczenia.

§ 29

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. 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 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.

§ 30

WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

Do rozpatrywania spraw, w których stroną lub uczestnikiem jest Ubezpieczyciel właściwe są polskie sądy powszechne. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie OWU, można wytoczyć albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby strony pozwanej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpiezonego, Ubezpieczającego lub Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

§ 31

PRZEDAWNNIENIE

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 przerywa się przez zgłoszenie Ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie Ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia.
4. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie od Ubezpieczyciela przerywa się także 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. Przedawnienie nie biegnie na nowo dopóki postępowanie to nie zostanie zakończone.

§ 32

PRAWO WŁAŚCIWE

W zakresie określenia prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia zastosowanie mają następujące zasady:

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. 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.
4. 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.

§ 33

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

Opodatkowanie świadczeń oraz wykup polisy 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

ZAŁĄCZNIK NR 1 Do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie MaxiKapitał

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERĆ LUB INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie **MaxiKapitał** zawartej na podstawie OWU w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o śmierć lub inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

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 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. Nieszczęśliwy wypadek

Nagle, nieprzewidziane, spowodowane przyczyną zewnętrzną oraz niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela skutkujące inwalidztwem lub śmiercią Ubezpieczonego.

Nie zalicza się do Nieszczęśliwych wypadków prób samobójczych, zatruc, odmrożeń, porażen słonecznych, następstw wysiłku, bólów kręgosłupa pochodzenia kostnego, mięśniowego lub nerwowego, wszelkiego rodzaju przepuklin, pęknięć tętniaka, zawałów, wylewów, śpiączki cukrzycowej lub stanów hipoglikemii, przetłomu tarczycowego i nadnerczowego, przeprowadzonych operacji chirurgicznych nie związanych z zaistniałym zdarzeniem oraz innych stanów chorobowych występujących nagle.

§ 1

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.

§ 2

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Uposażonemu świadczenie równe sumie ubezpieczenia.
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 następuje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie równe sumie ubezpieczenia.
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 której mowa w ust. 3a, ponosi Ubezpieczyciel.
5. W przypadku ustalenia inwalidztwa następuje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.

§ 4

1. 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.

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.

§ 5

1. 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.
2. 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.
3. 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

POSTANOWIENIE KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w SzWU mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU.

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

Michał BUKOWICKI



Reprezentant Prévoir w Polsce

Beata GRACZYK



Dyrektor Oddziału Prévoir w Polsce

ZAŁĄCZNIK NR 2 Do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie MaxiKapitał

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERĆ LUB INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie **MaxiKapitał** zawartej na podstawie OWU w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

DEFINICJE

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 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. Nieszczęśliwy wypadek

4. Nagłe, nieprzewidziane, spowodowane przyczyną zewnętrzną oraz niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela skutkujące inwalidztwem lub śmiercią 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 stanów hipoglikemii, przełomu tarczycowego i nadnerczowego, przeprowadzonych operacji chirurgicznych nie związanych z zaistniałym zdarzeniem oraz innych stanów chorobowych występujących nagle.

5. Wypadek komunikacyjny

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

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

Wypadek komunikacyjny nie obejmuje użytkowania przez Ubezpieczonego – w charakterze kierowcy lub pasażera - dwu- lub trójkołowego pojazdu silnikowego lub quada.

§ 1

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego na zasadach określonych w SzWU.

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- a) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego,
- b) Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

§ 2

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie zgodnie z § 2 ust. 2b OWU.
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 następuje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie równe sumie ubezpieczenia.
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 której mowa w ust. 3a, ponosi Ubezpieczyciel.
 5. W przypadku ustalenia inwalidztwa następuje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.

§ 4

1. 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.
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.

§ 5

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, 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.
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 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

POSTANOWIENIE KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w SzWU mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU.

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

Michał BUKOWICKI



Reprezentant Prévoir w Polsce

Beata GRACZYK



Dyrektor Oddziału Prévoir w Polsce