



ProDomus

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SKOROWIDZ

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE	3
II. OPCJE I ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
III. CEL, PRZEDMIOT I ODPOWIEDZIALNOŚĆ Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA	4
IV. WARUNKI ZAWARCIA UMOWY	4
V. RYZYKA UBEZPIECZENIOWE	5
VI. ZAKRES TERYTORIALNY RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO	5
VII. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	5
VIII. UPOSAŻENI	6
IX. POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY, PRAWO DO KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA	6
X. SKŁADKI	7
XI. KOSZTY AKWIZYCJI ORAZ ADMINISTRACJI	7
XII. POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI ALBO WYSTĄPIENIA CAŁKOWITEGO I TRWAŁEGO INWALIDZTWA ORAZ WARUNKI WYPŁATY ŚWIADCZENIA	7
XIII. PODSTAWY UMOWY	7
XIV. ZMIANA HARMONOGRAMU SPŁATY KREDYTU	8
XV. ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA	8
XVI. INFORMACJA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO O WARTOŚCI WYKUPU	8
XVII. REKLAMACJE	8
XVIII. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU	8
XIX. PRZEDAWNICZENIE	9
XX. PRAWO WŁAŚCIWE I OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	9

ZAŁĄCZNIK NR 1

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

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 **ProDomus**, (01/06/2020):

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<u>OWU</u> § 3, § 4 ust.1, §5, §9, § 16, § 20, z zastosowaniem definicji zawartych w § 2 <u>Załącznik do OWU</u> definicje § 1 ust.1 i 2, § 2, § 6, § 8
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<u>OWU</u> § 4 ust.2, § 11, § 17 ust.2, § 23 z zastosowaniem definicji zawartych w § 2 <u>Załącznik do OWU</u> definicje § 3, § 4, § 8 ust.2, § 9, § 10, § 11

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. Wprowadzenie

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej „OWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców ProDomus (dalej „Umowa ubezpieczenia”).

§ 2. Definicje

Wyrażenia użyte w niniejszych OWU, Polisach oraz wszelkich innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela w związku z Umową ubezpieczenia, zawartą na podstawie niniejszych 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, której życie albo życie i zdrowie objęte są ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Umowie Ubezpieczenia oraz OWU. Ubezpieczony jest kredytobiorcą albo poręczycielem kredytu.
3. **Ubezpieczający**
Podmiot, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany wobec Ubezpieczyciela do opłacania 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 w razie śmierci Ubezpieczonego w zakresie i na warunkach określonych w OWU. Uposażonym (1) jest Kredytodawca wskazany na zasadach powyżej.
5. **Kredytobiorca**
Osoba, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu albo pożyczki.
6. **Poręczyciel**
Osoba, która zobowiązała się względem Kredytodawcy spłacić kredyt na wypadek, gdyby Kredytobiorca nie dokonał spłaty.
7. **Kredytodawca**
Bank lub spółdzielcza kasa oszczędnościowo - kredytowa (SKOK), która zawarła z Kredytobiorcą Umowę kredytu.
8. **Umowa kredytu**
Umowa kredytu albo pożyczki pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą, zawarta w Polsce, na okres co najmniej 3 lat, opisana we wniosku ubezpieczeniowym.
9. **Kapitał dłużny, Kapitał**
Kwota zadłużenia Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy pozostała do spłaty począwszy od daty śmierci lub inwalidztwa według harmonogramu spłaty załączonego do wniosku ubezpieczeniowego albo zmienionego za zgodą Ubezpieczyciela w Rocznice polisy. Kapitał nie obejmuje należnych Kredytodawcy odsetek, odsetek za opóźnienie, zadłużenia przeterminowanego oraz innych płatności spowodowanych opóźnieniem w spłacie kredytu począwszy od daty śmierci lub inwalidztwa.
10. **Początek ubezpieczenia**
Data umieszczona w Polisie, określająca początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
11. **Koniec ubezpieczenia**
Data umieszczona w Polisie, określająca koniec odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
12. **Rocznica polisy**
Okres 12 miesięcy liczony od Początku ubezpieczenia lub od przedłużeń Umowy.
13. **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.
14. **Aneks**
Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, stwierdzający zmiany w Umowie ubezpieczenia.
15. **Suma ubezpieczenia**
Kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczeń, przeliczana każdego roku trwania Umowy według harmonogramu spłaty kredytu dołączonego do wniosku ubezpieczeniowego oraz procentu gwarancji ochronnych zdefiniowanych w Polisie.
16. **Choroba**
Pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego niezależne od jego woli i nie spowodowane wypadkiem, potwierdzone obiektywnie zgodnie z aktualnymi zasadami medycyny opartej na faktach.
17. **Nieszczęśliwy wypadek**
Nagłe, 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, porażen 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.

18. Całkowite i trwałe inwalidztwo

Całkowita i trwała (do końca życia) niezdolność do wykonywania przez Ubezpieczonego jakiejkolwiek pracy, zajęcia lub zawodu, które zapewniłyby mu dochód lub zysk, powstała w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego.

W przypadku osób, wobec których spełniony jest jeden z poniższych warunków:

- 1) nie wykonywały pracy zarobkowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających Nieszczęśliwy wypadek lub Chorobę,
- 2) ukończyły 65 rok życia,
- 3) przystąpiły do ubezpieczenia po ukończeniu 60 roku życia,

do uznania inwalidztwa za Całkowite i trwałe wymagana jest również konieczność stałej opieki ze strony osób trzecich przy czynnościach życia codziennego, takich jak: przemieszczanie się, ubieranie, mycie, spożywanie posiłków. Warunkiem koniecznym do uznania inwalidztwa jest powstanie powyższej niezdolności oraz uznanie inwalidztwa przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 70 roku życia, przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela.

II. OPCJE I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Zakres ubezpieczenia na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:

- a) w wariancie podstawowym obejmuje śmierć Ubezpieczonego (z przyczyn naturalnych, w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku), albo
- b) w wariancie rozszerzonym obejmuje śmierć Ubezpieczonego (z przyczyn naturalnych, w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku) oraz Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4.

1. Zakres ubezpieczenia może być rozszerzony o dodatkową Umowę ubezpieczenia Czasowa niezdolność do pracy (załącznik nr 1 do OWU),
2. Rozszerzenie ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 obowiązuje wyłącznie w okresie ubezpieczenia na życie, chyba, że inaczej uregulowano w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia.
3. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia stosuje się wprost lub odpowiednio OWU.

III. CEL, PRZEDMIOT I ODPOWIEDZIALNOŚĆ Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5.

1. Przedmiotem ubezpieczenia, w zależności od wybranego zakresu, jest życie albo życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest równe Sumie ubezpieczenia.
3. Świadczenie z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego stanowi stały procent Sumy ubezpieczenia i nie może być wyższe od tej Sumy.
4. Sumy ubezpieczenia określane są w Polisie ubezpieczeniowej.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego (z przyczyn naturalnych, w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku), zaistniałej w okresie ubezpieczenia i objętej ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel wypłaci:
 - a) Uposażonemu (1) - świadczenie w wysokości równej Kapitałowi dłużnemu, ale nie większe niż Suma ubezpieczenia na dzień śmierci Ubezpieczonego,
 - b) pozostałym Uposażonym - świadczenie w wysokości różnicy, o ile taka występuje, pomiędzy Sumą ubezpieczenia obowiązującą na dzień śmierci Ubezpieczonego, a świadczeniem należnym Uposażonemu (1).
6. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci uprawnionym świadczenie w wysokości równej Sumie ubezpieczenia z tego tytułu, obowiązującej na dzień stwierdzenia Całkowitego i trwałego inwalidztwa. Uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony albo podmiot, na który Ubezpieczony dokonał cesji (przelewu) praw.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela zachodzi jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem miało miejsce w okresie udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela.
8. W przypadku wystąpienia śmierci Ubezpieczonego albo Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.

IV. WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

§ 6.

1. 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 na poczet składki kwotę w wysokości określonej we wniosku ubezpieczeniowym,
 - c) Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 70 lat w dniu Początku ubezpieczenia, a w zakresie ubezpieczenia ryzyka śmierci Ubezpieczonego (z przyczyn naturalnych, w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku) Ubezpieczony nie ukończył 75 lat w dniu Początku ubezpieczenia,
 - d) Ubezpieczający ma miejsce zamieszkania lub siedzibę zarządu w Polsce,

- e) Ubezpieczony zawarł Umowę kredytu na okres co najmniej 3 lat albo poręczył u Kredytodawcy za zobowiązania osoby trzeciej wynikające z takiej Umowy kredytu,
 - f) Ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą lub świadczy pracę na podstawie stosunku pracy lub jest emerytem,
 - g) Ubezpieczony udostępnił Ubezpieczycielowi harmonogram spłaty oraz warunki kredytu.
2. Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, obowiązany jest 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.
 3. Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - a) poddania się we wskazanej przez Ubezpieczyciela placówce medycznej badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości,
 - b) przekazania dokumentacji medycznej będącej w jego posiadaniu, a wymaganej przez Ubezpieczyciela,
 - c) wypełnienia kwestionariuszy medycznych i udzielenia wszelkich informacji wymaganych przez Ubezpieczyciela do oceny ryzyka.
 4. Na wniosek Ubezpieczonego Ubezpieczyciel jest zobowiązany udostępnić wyniki badań, o których mowa powyżej. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel jest zobowiązany udostępnić wyniki badań Ubezpieczonego także na żądanie Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, jeżeli wyniki badań Ubezpieczonego miały wpływ na całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
 5. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego, która powinna obejmować także wysokość Sumy ubezpieczenia. Zgoda wymagana jest również w przypadku zmiany Umowy ubezpieczenia. Zmiana Umowy dokonana bez zgody Ubezpieczonego nie może naruszać jego praw ani praw osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.

§ 7.

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

§ 8.

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do podjęcia decyzji w sprawie zawarcia Umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia spełnienia warunków, o których mowa w § 6 ust. 1.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do pokrycia kosztów badań medycznych, na które skieruje Ubezpieczonego.

V. RYZYKA UBEZPIECZENIOWE

§ 9.

Umowa ubezpieczenia obejmuje następujące ryzyka ubezpieczeniowe:

1. Śmierć Ubezpieczonego (z przyczyn naturalnych, w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku), nie później niż do końca Rocznic polisy, w której Ubezpieczony ukończy 85 rok życia,
2. Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, nie później niż do końca Rocznic polisy, w której Ubezpieczony ukończy 70 rok życia. Do Całkowitego i trwałego inwalidztwa nie stosuje się zasad ich ustalania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
3. Czasowa niezdolność do pracy – w przypadku wybrania Umowy dodatkowej, na zasadach określonych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia (Załącznik nr 1).

VI. ZAKRES TERYTORIALNY RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 10.

Ryzyko śmierci Ubezpieczonego oraz Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego rozciągają się na cały świat.

VII. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11.

1. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia za śmierć Ubezpieczonego lub Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego objęte ubezpieczeniem, z tytułu następstw:
 - a) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - b) wszystkich stanów chorobowych, które istniały przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, chyba, że zostały zgłoszone we wniosku oraz zaakceptowane przez Ubezpieczyciela. Niniejsze wyłączenie jest ograniczone do 3 lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 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, o ile stan pod wpływem alkoholu jest bezpośrednią przyczyną śmierci lub Całkowitego i trwałego inwalidztwa,
 - f) wypadku, samookaleczenia lub choroby spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego,
 - g) zażycia narkotyku lub środka odurzającego, nie przepisane przez lekarza, lub, w przypadku środka przepisane przez lekarza nieprzestrzegania zaleconych przez niego dawek,
 - h) uprawiania zajęć rekreacyjnych o podwyższonym stopniu ryzyka lub sportów ekstremalnych (takich jak: wspinaczki wysokogórskie, spadochroniarstwo, paralotniarstwo, speleologia, nurkowanie, wyścigi samochodowe, skoki na linie, pirotechnika),
 - i) 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,
 - j) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - k) skażenia radioaktywnego,
 - l) choroby, która bezpośrednio lub pośrednio wynika z zakażenia HIV oraz/lub chorób pokrewnych, w tym AIDS,
 - m) udziału we wszelkich sportach z użyciem silnika motorowego, boks, wyścigach konnych,
 - n) inwalidztwa z powodu przyczyn subiektywnych, niewykrywalnych oraz niemierzalnych w laboratoriach sposobami mikrobiologicznymi, biochemicznymi i/lub obrazowymi,
 - o) inwalidztwa w następstwie ciąży, porodu, wspomagania zapłodnienia oraz następstw i skutków ciąży, porodu i wspomagania zapłodnienia.
2. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia w przypadku samobójstwa Ubezpieczonego, jeżeli nastąpiło ono w okresie dwóch lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jednakże następstwa i konsekwencje prób samobójczych są wyłączone z gwarancji Całkowitego i trwałego inwalidztwa podczas całego okresu trwania Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel będzie zwolniony od odpowiedzialności za śmierć Ubezpieczonego lub Całkowite i trwałe inwalidztwo objęte ubezpieczeniem, z tytułu następstw:
- a) zawodowego uprawiania sportu,
 - b) wykonywania szczególnie niebezpiecznych zawodów, które wymagają specjalnej zgody oraz taryfikacji ze strony Ubezpieczyciela.

VIII. UPOSAŻENI

§ 12.

1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub więcej Uposażonych 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 uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, wówczas Ubezpieczający oznacza Uposażonego (1), któremu ma przysługiwać prawo do świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości Kapitału dłużnego, nie więcej niż Suma ubezpieczenia. Pozostała część świadczenia, w wysokości różnicy pomiędzy Sumą ubezpieczenia a kapitałem dłużnym, przysługuje pozostałym Uposażonym w częściach wskazanych przez Ubezpieczającego, a w przypadku braku wskazania - w częściach równych.
3. 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.

IX. POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY, PRAWO DO KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

§ 13.

1. Umowa zaczyna obowiązywać i wywołuje skutki od godziny zero dnia wskazanego w Polisie ubezpieczeniowej i nie wcześniej niż w dniu uruchomienia środków z tytułu kredytu i pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.
2. Ubezpieczający zobowiązuje się do powiadomienia Ubezpieczyciela o dacie zawarcia Umowy kredytu.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w okresie trwania Umowy kredytu.
 - a. Umowa ubezpieczenia zawierana jest do daty obowiązywania Umowy kredytu według harmonogramu spłaty zaakceptowanego przez Ubezpieczyciela.
4. Poza innymi przypadkami przewidzianymi w OWU, Umowa wygasa i nie wywołuje żadnych skutków w momencie wystąpienia jednej z następujących okoliczności:
 - a) po całkowitym spłaceniu kredytu,
 - b) w przypadku rozwiązania Umowy ze względu na niezapłacenie składek,
 - c) Umowa ulega rozwiązaniu i nie wywołuje żadnych skutków najpóźniej z upływem rocznicy, w której Ubezpieczony ukończy 85 lat,
 - d) w przypadku śmierci Ubezpieczonego albo Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego.

X. SKŁADKI

§ 14.

1. Obowiązuje składka roczna, płatna z góry za każdy okres, najpóźniej w dniu początku okresu. Składka roczna jest płatna jednorazowo lub w ratach (miesięcznie, kwartalnie, półrocznie) zgodnie z postanowieniami zawartymi w Polisie ubezpieczeniowej.
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, ryzyka związanego z paleniem tytoniu, wykonywanego zawodu Ubezpieczonego oraz wysokości Sumy ubezpieczenia.
4. Osobę uważa się za niepalącą, jeżeli nigdy nie paliła lub nie pali nieprzerwanie od przynajmniej dwóch lat przed datą zawarcia Umowy oraz nie przestała palić wskutek zalecenia lekarza. Ubezpieczyciel może zażądać udowodnienia faktu zaprzestania palenia tytoniu przed zawarciem Umowy w drodze odpowiedniego testu klinicznego.
5. Jeżeli składka lub rata składki nie zostanie opłacona zgodnie z postanowieniami Polisy ubezpieczeniowej do dnia upływu okresu, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w terminie 7 dni od otrzymania wezwania oraz poinformuje o skutkach nieopłacenia składki. Jeżeli po upływie terminu ustalonego do dokonania zapłaty składka nie zostanie opłacona, umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego bez dalszych powiadomień i nie będzie wywoływać żadnych skutków.
6. W przypadku zapłaty na poczet składek, otrzymane wpłaty zaliczane będą w pierwszej kolejności na pokrycie zaległych składek o najwcześniejszym terminie wymagalności.
7. Umowa ubezpieczenia rozwiązana z powodu nieopłacenia składki może zostać ponownie zawarta za wyraźną zgodą Ubezpieczyciela, jeżeli Ubezpieczający zwróci się z wnioskiem w terminie sześciu miesięcy liczonych od dnia rozwiązania. Należy dołączyć do wniosku aktualny formularz medyczny Ubezpieczonego oraz przedstawić zaświadczenie Kredytodawcy o niezaleganiu ze zobowiązaniami.

XI. KOSZTY AKWIZYCJI ORAZ ADMINISTRACJI

§ 15.

Składka ubezpieczeniowa obejmuje koszty związane z zawarciem Umowy ubezpieczenia oraz jej wykonywaniem.

XII. POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI ALBO WYSTĄPIENIA CAŁKOWITEGO I TRWAŁEGO INWALIDZTWA ORAZ WARUNKI WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 16.

1. W razie zaistnienia zdarzenia objętego ryzykiem ubezpieczeniowym z Polisy, Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uposażony, w zależności od przypadku, obowiązany jest niezwłocznie powiadomić pisemnie Ubezpieczyciela o zaistniałej sytuacji. Do powiadomienia należy dołączyć dokumenty określone w punktach 2 i 3 poniżej:
2. **W razie śmierci Ubezpieczonego należy dołączyć:**
 - a) akt zgonu Ubezpieczonego,
 - b) kopię karty zgonu z określeniem przyczyny śmierci,
 - c) dokument wystawiony przez Kredytodawcę opisujący wykonanie zobowiązań do dnia jego wystawienia oraz saldo pozostałego do spłaty kredytu, zgodnie z harmonogramem spłat,
 - d) w przypadku Nieszczęśliwego wypadku – raport policji o okolicznościach w jakich miał miejsce wypadek,
 - e) na wniosek Ubezpieczyciela - inny dokument niezbędny do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. **W razie Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego należy dołączyć:**
 - a) raport medyczny, wskazujący charakter Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, dzień zdarzenia lub dzień rozpoznania choroby, ewentualny rozwój i stopień niepełnosprawności oraz sposób leczenia,
 - b) w razie Nieszczęśliwego wypadku, kopię lub wyciąg z aktu zdarzenia sporządzonego przez organ, który prowadził postępowanie,
 - c) dokument wystawiony przez Kredytodawcę opisujący wykonanie zobowiązań do dnia jego wystawienia,
 - d) kopię dokumentu potwierdzającego otrzymanie renty inwalidzkiej wypłaconej przez jakąkolwiek instytucję w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub przebytej Choroby,
 - e) na wniosek Ubezpieczyciela - inny dokument niezbędny do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. Koszty otrzymania dokumentów wymienionych w ustępach poprzedzających obciążają Ubezpieczającego lub Uposażonego, w zależności od okoliczności. Ubezpieczyciel zachowuje prawo do weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego przez wskazanego i opłaconego przez niego lekarza. Zachowuje również prawo do weryfikacji okoliczności i przyczyny śmierci Ubezpieczonego.

XIII. PODSTAWY UMOWY

§ 17.

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

XIV. ZMIANA HARMONOGRAMU SPŁATY KREDYTU

§ 18.

1. Należy niezwłocznie powiadomić Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach w początkowym harmonogramie spłaty.
2. W razie zgłoszenia przez Ubezpieczającego zmiany w harmonogramie spłaty kredytu wszelkie ryzyka objęte ubezpieczeniem oraz przyszłe składki mogą zostać zmienione.
3. Zmiany powinny być zgłoszone Ubezpieczycielowi, a po zaakceptowaniu przez Ubezpieczyciela powinny zostać ujęte w Aneksie do Umowy ubezpieczenia. Nieprzestrzeganie tej procedury skutkuje nieuwzględnieniem tych zmian przez Ubezpieczyciela.

XV. ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

§ 19.

1. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uposażony zmienił adres do korespondencji i nie powiadomił o tym Ubezpieczyciela, przyjmuje się, że Ubezpieczyciel dopełnił swoich obowiązków lub skutecznie złożył oświadczenie, wysyłając zawiadomienie lub oświadczenie pod ostatni wskazany adres.
3. 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.
4. W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Ubezpieczonemu pisemnych informacji o proponowanych zmianach, o których mowa w ust. 2, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na te zmiany.

XVI. INFORMACJA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO O WARTOŚCI WYKUPU

§ 20.

Umowa ubezpieczenia w żadnym czasie nie posiada wartości wykupu.

XVII. REKLAMACJE

§ 21.

1. Prawo do złożenia reklamacji przysługuje każdej osobie fizycznej będącej Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym, zwanej dalej „Klientem”.
2. Reklamacje mogą być zgłaszane przez Klienta:
 - a) pisemnie:
 - osobiście w siedzibie firmy (Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce ul. Emilii Plater 28; 00-688 Warszawa) oraz w każdym biurze handlowym obsługującym Klientów
 - albo
 - pocztą na adres: Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce, ul. Emilii Plater 28; 00-688 Warszawa,
 - b) w formie elektronicznej: na adres e-mail: reklamacje@prevoir.pl,
 - c) ustnie - telefonicznie: na numer telefonu: (22) 572 80 00.W przypadku złożenia reklamacji telefonicznie, osoba przyjmująca reklamację sporządzi notatkę ze wskazaniem następujących danych: data, imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu), opis zastrzeżeń Klienta dotyczących usług świadczonych przez Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce.
3. Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce udziela odpowiedzi na reklamacje bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W przypadku szczególnie skomplikowanych spraw, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce poinformuje składającego reklamację o:
 - a) przyczynach opóźnienia,
 - b) okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - c) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
4. Odpowiedź na reklamacje udzielana jest w postaci papierowej. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jej upływem.
5. Niezależnie od powyższej procedury reklamacyjnej, Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego, oraz prawo do wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.

XVIII. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

§ 22.

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.

XIX. PRZEDAWNIE NIE

§ 23.

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.

XX. PRAWO WŁAŚCIWE I OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 24.

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. 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.
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.

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 Terminowego Ubezpieczenia na Życie ProDomus SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA: CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na Życie w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o Czasową niezdolność do pracy na podstawie dodatkowej Umowy ubezpieczenia. SzWU nie mogą być podstawą do zawarcia samodzielnej Umowy ubezpieczenia.

DEFINICJE

W niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia, Polisach ubezpieczeniowych oraz wszelkich innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce, w związku z Umową ubezpieczenia zawartą na podstawie SzWU, terminy wymienione poniżej będą miały następujące poniższe znaczenie. Terminy te dotyczą tylko dodatkowej Umowy ubezpieczenia Czasowa Niezdolność do Pracy.

1. Czasowa niezdolność do pracy

Spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem i poświadczona przez lekarza, całkowita Czasowa niezdolność Ubezpieczonego, do wykonywania zawodu lub rodzaju wykonywanej pracy, zadeklarowanej w momencie podpisania wniosku ubezpieczeniowego. Ubezpieczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy obowiązuje w Polsce oraz na całym świecie. Zarówno w czasie wyjazdów turystycznych jak i służbowych, które łącznie nie są dłuższe niż 3 miesiące w roku polisowym. Poszczególne okresy podlegają zsumowaniu w roku polisowym. Czasowa niezdolność do pracy rozpoczyna się od daty niezdolności do pracy wskazanej w Zwolnieniu lekarskim, wystawionym przez lekarza w Polsce. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpocznie się od 91 dnia niezdolności do pracy, potwierdzonej nieprzerwanymi Zwolnieniami lekarskimi.

W przypadku następujących stanów chorobowych: fibromialgia i objawy zmęczenia, zaburzenia psychiczne, neurotyczne, stany depresyjne, alienacje umysłowe, zaburzenia w odżywianiu, zaburzenia osobowości lub zachowania — w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela wymagana jest dodatkowo minimum 30 - dniowa nieprzerwana hospitalizacja w zakładzie psychiatrycznym lub w oddziale psychiatrycznym szpitala.

Odpowiedzialność z tytułu Czasowej niezdolności do pracy jest wyłączona w przypadku objawów o nieustalonej przyczynie (np. bóle kręgosłupa) oraz z powodu subiektywnych zaburzeń nie potwierdzonych w badaniach laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych lub obrazowych.

Nie jest objęta ubezpieczeniem z tytułu Czasowej niezdolności do pracy niezdolność do pracy w okresie ciąży, porodu lub wspomaganie zapłodnienia, oraz niezdolność do pracy będąca następstwem lub skutkiem ciąży, porodu lub wspomaganie zapłodnienia.

2. Choroby wcześniej istniejące

Nie są objęte niniejszym ubezpieczeniem następstwa lub skutki schorzeń, wypadków bądź niepełnosprawności, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane przed początkiem rozszerzenia ubezpieczenia o Czasową niezdolność do pracy lub w okresie Karencji. Niemniej ubezpieczenie obejmuje skutki schorzeń, wypadków bądź niepełnosprawności, które zostały zadeklarowane w kwestionariuszu medycznym, chyba że zostały one wyłączone w Umowie ubezpieczenia.

3. Rata kredytu

Kwota spłacana w określonych w Umowie kredytu terminach i ustalonej wysokości. Kwota ta nie zawiera odsetek ani innych opłat z tytułu opóźnienia w spłacie kredytu.

4. Zwolnienie lekarskie

Zaświadczenie urzędowe, wystawione przez lekarza o czasowej niezdolności do pracy z powodu Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. Zaświadczenie to wydawane jest na obowiązującym formularzu ZUS: ZLA lub e-ZLA.

5. Karencja

Okres 3 miesięcy, w czasie którego Ubezpieczyciel nie udziela ochrony ubezpieczeniowej. Momentem rozpoczęcia tego okresu jest data przystąpienia do rozszerzenia ubezpieczenia. Żadna choroba lub schorzenie, które po raz pierwszy zostanie rozpoznane w tym okresie, nie będą objęte ubezpieczeniem. Okres Karencji nie dotyczy następstw Nieszczęśliwych wypadków.

I. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 1.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego, zaistniałą w następstwie Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku w okresie obowiązywania dodatkowej Umowy ubezpieczenia.
3. Dodatkowa Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 60 lat w dacie Początku ubezpieczenia proponowanej we wniosku ubezpieczeniowym o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
4. 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, oraz jeżeli Ubezpieczony nie ukończy 65 lat w kolejnym rocznym okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

§ 2.

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ochroną z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, ma on prawo do świadczenia w wysokości wybranego przez Ubezpieczonego procentu Raty kredytu za każdy miesiąc niezdolności do pracy, jednak nie więcej niż 4000 złotych miesięcznie.
2. Procent Raty kredytu jest określony w momencie zawarcia dodatkowej Umowy ubezpieczenia i nie może ulec zmianie.

II. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

§ 3.

1. Ubezpieczony ma obowiązek pisemnego informowania Ubezpieczyciela o zmianie wykonywanego zawodu lub rodzaju wykonywanej pracy.
2. W przypadku niepoinformowania Ubezpieczyciela o ww. faktach Ubezpieczyciel będzie miał prawo do odmowy wypłaty świadczeń. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. powyżej nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany dodatkową umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

III. PRAWO UBEZPIECZYCIELA

§ 4.

W przypadku zmiany zawodu lub rodzaju wykonywanej pracy oraz zmiany kraju zamieszkania, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości.

IV. SKŁADKI

§ 5.

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości składek ubezpieczeniowych w zakresie Czasowej Niezdolności do Pracy lub złożenia oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy, nie później niż na 45 dni przed Rocznicą Umowy, informując o tym na piśmie Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający ma prawo sprzeciwić się zmianie składki, o której mowa w ust.1 powyżej, w terminie 14 dni od otrzymania zawiadomienia Ubezpieczyciela o proponowanej wysokości składki.
3. W przypadku sprzeciwu, o którym mowa w ust. 2 powyżej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużaniu dodatkowej Umowy ubezpieczenia.

V. USTALENIA WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 6.

Świadczenie wypłacane w przypadku Czasowej niezdolności do pracy

1. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania dodatkowej Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie za okres niezdolności do pracy, w wysokości wybranego przez Ubezpieczonego procentu Raty kredytu.
2. Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane za okres od 91-ego dnia nieprzerwanego zwolnienia lekarskiego z pracy.
3. Maksymalna wysokość miesięcznego świadczenia nie może być większa niż 100% Raty kredytu za dany miesiąc, z zastrzeżeniem § 2 ust.1.
4. Świadczenie wypłacane jest miesięcznie z dołu, na koniec każdego miesiąca kalendarzowego pro rata do liczby dni zwolnienia lekarskiego w ciągu danego miesiąca.
5. Jeśli po okresie Czasowej niezdolności do pracy, za który Ubezpieczony otrzymywał świadczenia, Ubezpieczony powróci do pracy i ponownie otrzyma zwolnienie w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku lub tej samej Choroby, będzie to potraktowane jako kontynuacja świadczenia - pod warunkiem, że okres między zwolnieniami nie będzie dłuższy niż 60 dni.
6. Wyżej wymienione okresy Czasowej niezdolności do pracy zostaną uznane za jeden okres, w czasie którego świadczenie przysługuje maksymalnie za okres 730 dni.

§ 7.

Szkody z tytułu Czasowej niezdolności do pracy należy zgłaszać niezwłocznie, jednak nie później niż 30 dni od rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy.

§ 8.

Dokumenty wymagane w przypadku Czasowej niezdolności do pracy

1. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem jest zobowiązana niezwłocznie dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) kopię Zwolnienia lekarskiego, poświadczoną przez zakład pracy zatrudniający Ubezpieczonego w dacie wydania zwolnienia,
 - c) kopię każdego kolejnego Zwolnienia lekarskiego,
 - d) kopię historii choroby lub zaświadczenie lekarskie o wypadku, wskazujące rozpoznanie, przebieg leczenia i zalecenie o zwolnieniu lekarskim z pracy,
 - e) kopie kart wypisowych z pobytu w szpitalach,
 - f) dokument urzędowy stwierdzający tożsamość Ubezpieczonego lub innej osoby występującej z roszczeniem,
 - g) w przypadku Nieszczęśliwego wypadku, należy podać datę, godzinę, okoliczności i miejsce wypadku oraz przestać kopię notatki policyjnej,

- h) dokumenty potwierdzające opłacenie składki ZUS lub KRUS za okres, w którym Ubezpieczony otrzymał pierwsze zwolnienie z pracy,
 - i) dokument od Kredytodawcy zawierający informacje o wysokości Rat kredytowych, o ile Ubezpieczony nie przedstawił harmonogramu spłat,
 - j) dodatkowe dokumenty uzasadniające wypłatę świadczenia, o które zwrócił się Ubezpieczyciel.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do lekarzy, organów lub instytucji o dostarczenie dodatkowych dokumentów umożliwiających ocenę czy zachodzi odpowiedzialność Ubezpieczyciela oraz zasadności wypłaty świadczenia.

§ 9.

1. Ubezpieczyciel ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie mając na względzie wypłatę lub kontynuację wypłaty świadczeń z tytułu Czasowej niezdolności do pracy. Koszt dodatkowych badań ponosi Ubezpieczyciel.
2. W przypadku odmowy poddania się dodatkowemu badaniu lekarskiemu lub przedłożenia dodatkowych informacji, Ubezpieczyciel ma prawo do odmowy przyjęcia odpowiedzialności oraz niewypłacenia świadczenia.
3. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić Ubezpieczonemu 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, sporządzenia, na swój koszt, odpisów lub kserokopii dokumentów, a także potwierdzania ich zgodności z oryginałem.
4. 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 określenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia jest niemożliwe, świadczenie musi zostać wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
5. 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.

VI. USTANIE WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 10.

Wypłata świadczenia ustaje automatycznie w momencie wystąpienia jednego z następujących zdarzeń :

- a) Ubezpieczony podejmuje pracę na podstawie umowy o pracę lub w jakiegokolwiek innej formie (umowa zlecenia, o dzieło, etc.), nawet w niepełnym wymiarze czasowym,
- b) Ubezpieczony jest uznany z medycznego punktu widzenia za zdolnego do pracy etatowej lub w jakiegokolwiek innej formie (umowa zlecenia, o dzieło, etc.), nawet w niepełnym wymiarze czasowym,
- c) wypłaty świadczenia przez okres maksymalnie 730 dni,
- d) w przypadku, gdy zostanie orzeczone Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego,
- e) Ubezpieczony ukończył 65 lat,
- f) Ubezpieczony przeszedł na emeryturę lub na wcześniejszą emeryturę i nie pozostaje w stosunku pracy,
- g) w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
- h) Umowa ubezpieczenia wygaśa,
- i) następuje całkowita spłata kredytu lub wygasa Umowa kredytowa, bez względu na jej przyczynę,
- j) Ubezpieczający złoży wniosek o rozwiązanie dodatkowej Umowy ubezpieczenia. Rozwiązanie nastąpi w dniu Rocznicy następującej po powiadomieniu Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu Umowy, pod warunkiem, że Ubezpieczyciel otrzyma takie powiadomienie na piśmie co najmniej 60 dni przed rocznicą Umowy.

VII. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11.

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za następstwa:

- a) Choroby lub wypadku, które miały miejsce przed podpisaniem Umowy ubezpieczeniowej, chyba że zostały one zgłoszone ubezpieczycielowi w trakcie podpisywania wniosku ubezpieczeniowego i nie były przedmiotem wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności ze strony Ubezpieczyciela,
- b) wypadków lotniczych związanych z udziałem w zawodach, pokazach akrobacyjnych, nalotach, lotach testowych, lotach na prototypach, próbach pobijania rekordów,
- c) uprawiania zawodowego lub zarobkowego sportów, zakładów i wyzwań, a także za następstwa wszelkich udziałów, jako amator licencjonowany, w zawodach sportowych, konkursach, meczach, wyścigach z udziałem wykorzystania zwierząt, pojazdów lub pojazdów mechanicznych,
- d) uprawiania lotnictwa, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, latanie na lotnii, nurkowanie (ponad 20 m.), alpinizm, boks, speleologia, skoki na bungee, kitesurfing, windsurfing, wingsuit,
- e) zabiegów chirurgii estetycznej, innej niż rekonstrukcyjny zabieg chirurgiczny związany z wcześniejszym wypadkiem lub Chorobą gwarantowaną w umowie,
- f) pobytu na wczasach sanatoryjnych, detoksykacji, odmładzaniu, odchudzaniu, terapii snu, pobytu w spa lub kąpieliskach termalnych,
- g) przebywania na urlopach macierzyńskich.

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12.

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