



ProOchrona

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SKOROWIDZ

POSTANOWIENIA OGÓLNE3
 DEFINICJE.....3
 OPCJE I ZAKRES UBEZPIECZENIA.....4
 CEL, PRZEDMIOT I ODPOWIEDZIALNOŚĆ Z UMOWY UBEZPIECZENIA4
 WARUNKI ZAWARCIA UMOWY4
 ZAKRES TERYTORIALNY RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO5
 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI5
 UPOSAŻENI6
 POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY6
 SKŁADKI6
 KOSZTY AKWIZYCJI ORAZ ADMINISTRACJI6
 POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI ALBO WYSTĄPIENIA CAŁKOWITEGO I TRWAŁEGO INWALIDZTWA ORAZ
 WARUNKI WYPŁATY ŚWIADCZENIA7
 PODSTAWY UMOWY7
 ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA7
 INFORMACJA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO O WARTOŚCI WYKUPU7
 REKLAMACJE7
 WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU8
 PRZEDAWNIE NIE8
 PRAWO WŁAŚCIWE I OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ8

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 **ProOchrona** (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, § 15, § 18 z zastosowaniem definicji zawartych w § 2 <u>Załącznik nr 1 do OWU</u> § 1, § 2, § 3, § 4, § 5 <u>Załącznik nr 2 do OWU</u> definicje § 1, § 2, § 3 § 4, § 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<u>OWU</u> § 9, § 15, § 16, § 21 z zastosowaniem definicji zawartych w § 2 <u>Załącznik nr 1 do OWU</u> § 1, §2, § 3, § 4, § 5 <u>Załącznik nr 2 do OWU</u> § 1, §2, § 3, § 4, § 5

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia (dalej „OWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na Życie **ProOchrona** (dalej „Umowa ubezpieczenia”).

DEFINICJE

§ 2

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.
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.
5. **Początek ubezpieczenia**
Data umieszczona w Polisie, określająca początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
6. **Koniec ubezpieczenia**
Data umieszczona w Polisie, określająca koniec odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
7. **Rocznicą polisy**
Okres 12 miesięcy, przy czym pierwszy okres liczony jest od Początku ubezpieczenia, każdy kolejny okres 12 miesięcy liczony jest od dnia i miesiąca wskazanego w Początku ubezpieczenia.
8. **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.
9. **Aneks**
Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, stwierdzający zmiany w Umowie ubezpieczenia.
10. **Suma ubezpieczenia**
11. Kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczeń.
12. **Choroba**
Pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego niezależne od jego woli i niespowodowane wypadkiem, potwierdzone obiektywnie zgodnie z aktualnymi zasadami medycyny opartej na faktach.
13. **Nieszczęśliwy wypadek**
Nagle, nieprzewidziane, spowodowane przyczyną zewnętrzną oraz niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu lub śmierci Ubezpieczonego.
Nie zalicza się do Nieszczęśliwych wypadków lub ich następstw: prób samobójczych, zatruc, odmrożeń, 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.
14. **Całkowite i trwałe inwalidztwo**
Za Całkowite i trwałe inwalidztwo uważa się trwałą (do końca życia) niezdolność, wynikającą z Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, do podjęcia jakiejkolwiek działalności zarobkowej, połączoną z wymogiem pomocy innych osób przy czynnościach życia codziennego (np. przemieszczanie się, ubieranie, mycie, spożywanie posiłków).
Warunkiem koniecznym do uznania inwalidztwa za trwałe jest utrzymywanie się wyżej wymienionego stanu przez okres co najmniej 6 miesięcy (w przypadku zaburzeń neurologicznych 9 miesięcy) od Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoznania Choroby i zakończenie 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.
Warunkiem koniecznym jest uznanie inwalidztwa przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 70 roku życia.
15. **Data ustalenia inwalidztwa**

Data, od której według aktualnej wiedzy medycznej, pomimo zastosowanego leczenia i rehabilitacji, stan zdrowia Ubezpieczonego nie ulegnie istotnej poprawie.

OPCJE I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Zakres ubezpieczenia na podstawie niniejszych Ogólnych warunków ubezpieczenia obejmuje wariant podstawowy lub rozszerzony:
 - a) **wariant podstawowy** obejmuje śmierć Ubezpieczonego, nie później niż do końca rocznicy Polisy, w której Ubezpieczony ukończy 85 rok życia,
 - b) **wariant rozszerzony** obejmuje śmierć Ubezpieczonego nie później niż do końca rocznicy Polisy, w której Ubezpieczony ukończy 85 rok życia oraz Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, nie później niż do końca rocznicy Polisy, w której Ubezpieczony ukończy 70 rok życia. Do Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa nie stosuje się zasad ich ustalania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
2. Dodatkowo zakres ubezpieczenia może być rozszerzony o następujące Ubezpieczenia dodatkowe:
 - a) śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (załącznik nr 1 do OWU),
 - b) śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (załącznik nr 2 do OWU).

CEL, PRZEDMIOT I ODPOWIEDZIALNOŚĆ Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia, w zależności od wybranego zakresu, jest życie albo życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Świadczenie z tytułu śmierci jest równe Sumie ubezpieczenia.
3. Świadczenie z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa stanowi stały procent Sumy ubezpieczenia i nie może być wyższe od tej Sumy.
4. Świadczenia z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych określają załącznik nr 1 i załącznik nr 2 do OWU.
5. Sumy ubezpieczenia określone są w Polisie ubezpieczeniowej.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, zaistniałej w okresie ubezpieczenia i objętej ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości równej Sumie ubezpieczenia na dzień śmierci Ubezpieczonego.
7. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej Sumie ubezpieczenia z tego tytułu, obowiązującej na dzień stwierdzenia Całkowitego i trwałego inwalidztwa.
8. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela zachodzi jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem miało miejsce w okresie udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela.
9. W przypadku wystąpienia śmierci albo Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

§ 5

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, zapoznali się z OWU oraz symulacją zmiany składki,
 - b) prawidłowo wypełnili i podpisali wniosek ubezpieczeniowy na formularzu Ubezpieczyciela, przedłożonym przez jego przedstawiciela lub w innej formie stosowanej przez Ubezpieczyciela,
 - c) Ubezpieczający wpłacił na poczet składki kwotę w wysokości określonej we wniosku ubezpieczeniowym,
 - d) 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,
 - e) Ubezpieczający ma miejsce zamieszkania lub siedzibę zarządu w Polsce,
 - f) Ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą lub świadczy pracę na podstawie stosunku pracy.
2. Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo w innych pismach przed zawarciem Umowy. 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.

§ 6

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 Ubezpieczonego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel jest zobowiązany 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.

§ 7

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.

ZAKRES TERYTORIALNY RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 8

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

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9

1. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia za śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo objęte ubezpieczeniem, z tytułu następujących:
 - a) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - b) wojny lub wojny domowej,
 - c) udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, demonstracjach, aktach terroryzmu lub sabotażu, bójkach (z wyjątkiem przypadków obrony koniecznej),
 - d) stanu pod wpływem alkoholu, o ile ten stan jest bezpośrednią przyczyną śmierci lub Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego oraz polegającego na występowaniu we krwi stężenia alkoholu równego lub wyższego od normy określonej w przepisach prawa,
 - e) wypadku, samookaleczenia lub choroby spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego,
 - f) zażycia narkotyku lub środka odurzającego, nie przepisane przez lekarza lub, w przypadku środka przepisane przez lekarza, nieprzestrzegania zaleconych przez niego dawek,
 - g) uprawiania zajęć rekreacyjnych o podwyższonym stopniu ryzyka lub sportów ekstremalnych (to jest: wspinaczki wysokogórskie, spadochroniarstwo, paralotniarstwo, speleologia, nurkowanie, wyścigi samochodowe, skoki na linie, pirotechnika),
 - h) zawodowego uprawiania sportu,
 - i) udziału we wszelkich sportach z użyciem silnika motorowego, boksu, wyścigach konnych,
 - j) 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,
 - k) wykonywania szczególnie niebezpiecznych zawodów, które wymagają specjalnej zgody oraz taryfikacji ze strony Ubezpieczyciela,
 - l) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - m) skażenia radioaktywnego,
 - n) 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,
 - o) choroby, która bezpośrednio lub pośrednio wynika z zakażenia HIV oraz/lub chorób pokrewnych, w tym AIDS,
 - p) inwalidztwa z powodu przyczyn subiektywnych, niewykrywalnych oraz niemierzalnych w laboratoriach sposobami mikrobiologicznymi, biochemicznymi i/lub obrazowymi.
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 ubezpieczenia Całkowitego i trwałego inwalidztwa podczas całego okresu trwania Umowy ubezpieczenia.

UPOSAŻENI

§ 10

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 Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych, udział Uposażonego lub Uposażonych, którzy w chwili śmierci Ubezpieczonego nie żyli, przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
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.

POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY

§ 11

1. Umowa zaczyna obowiązywać i wywołuje skutki od godziny zero dnia wskazanego w Polisie ubezpieczeniowej i pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w Umowie ubezpieczenia, nie krótszy niż 3 lata, z zastrzeżeniem ograniczeń dotyczących obowiązywania ochrony w wariantcie rozszerzonym, o których mowa w § 3 pkt b OWU oraz z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 poniżej.
3. Poza innymi przypadkami przewidzianymi w OWU, Umowa wygasa i nie wywołuje żadnych skutków w momencie wystąpienia jednej z następujących okoliczności:
 - a) rozwiązania Umowy ze względu na niezapłacenie składek,
 - b) z upływem rocznicy, w której Ubezpieczony ukończy 85 lat,
 - c) śmierci, albo Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego.

SKŁADKI

§ 12

1. Obowiązuje składka okresowa lub jednorazowa.
2. Składka jednorazowa może być wybrana jeżeli długość okresu ubezpieczenia nie przekracza 5 lat.
3. Składka okresowa może być płatna w ratach (miesięcznie, kwartalnie, półrocznie, rocznie) zgodnie z postanowieniami zawartymi w Polisie ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający ma prawo zmienić częstotliwość opłacania składek w każdą Rocznicę polisy, informując o tym fakcie Ubezpieczyciela na 30 dni przed rocznicą Umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku umów ze składką okresową w terminie 30 dni przed każdą kolejną Rocznicą polisy, Ubezpieczyciel wyśle do Ubezpieczającego pisemną informację o zwiększeniu składki i utrzymaniu Sumy ubezpieczenia w dotychczasowej wysokości, zgodnie z symulacją zmiany składki załączoną do Polisy albo utrzymaniu wysokości składki w dotychczasowej kwocie i zmniejszeniu Sumy ubezpieczenia. Informacja Ubezpieczyciela określała będzie wpływ tych zmian na wysokość Sumy ubezpieczenia oraz wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia. W przypadku wyboru utrzymania wysokości składki w dotychczasowej wysokości i zmniejszeniu Sumy ubezpieczenia Ubezpieczający prześle Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie wraz z pisemną zgodą Ubezpieczonego, jeżeli Umowa zawarta jest na cudzy rachunek, zgodnie z § 5 ust. 5 OWU. W takim przypadku zostanie wystawiony Aneks do polisy.
6. W przypadku braku pisemnej odpowiedzi na propozycję Ubezpieczyciela wymienioną w ust. 5 w terminie 2 tygodni od daty doręczenia propozycji, składka ubezpieczeniowa wzrośnie zgodnie z symulacją wskazaną w Polisie ubezpieczeniowej.
7. Wysokość składki ustalana jest stosownie do wieku, stanu zdrowia, ryzyka związanego z paleniem tytoniu, wykonywanego zawodu Ubezpieczonego oraz wysokości Sumy ubezpieczenia i zakresu ubezpieczenia.
8. Osobę uważa się za niepalącą, jeżeli nigdy nie paliła lub nie pali nieprzerwanie od przynajmniej dwóch lat przed datą zawarcia Umowy oraz przestała palić wskutek zalecenia lekarza. Ubezpieczyciel może zażądać udowodnienia faktu zaprzestania palenia tytoniu przed zawarciem Umowy w drodze odpowiedniego testu klinicznego.

§ 13

1. Jeżeli składka lub rata składki nie zostanie opłacona zgodnie z postanowieniami Polisy ubezpieczeniowej 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. W takiej sytuacji rozwiązanie Umowy ubezpieczenia nastąpi z upływem 7 dniowego terminu od daty doręczenia wezwania.
2. W przypadku zapłaty na poczet składek, otrzymane wpłaty zaliczane będą w pierwszej kolejności na pokrycie zaległych składek o najwcześniejszym terminie wymagalności.
3. 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. Do wniosku należy dołączyć aktualny formularz medyczny Ubezpieczonego.

KOSZTY AKWIZYCJI ORAZ ADMINISTRACJI

§ 14

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

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

§ 15

1. W razie zaistnienia zdarzenia objętego ryzykiem ubezpieczeniowym z Polisy, Ubezpieczony lub Uposażony, w zależności od przypadku, obowiązany jest niezwłocznie powiadomić pisemnie Ubezpieczyciela, na jego formularzu, o zaistniałej sytuacji. Do powiadomienia należy dołączyć dokumenty określone w punktach 2 lub 3 poniżej:
2. **W razie śmierci należy dołączyć:**
 - a) akt zgonu Ubezpieczonego,
 - b) kopia karty zgonu z określeniem przyczyny śmierci,
 - c) w przypadku śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – notatki urzędowe policji o okolicznościach w jakich miał miejsce wypadek.
3. **W razie Całkowitego i trwałego inwalidztwa 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 przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, kopię lub wyciąg z dokumentu dotyczącego okoliczności zdarzenia sporządzonego przez organ, który prowadził postępowanie,
 - c) kopię dokumentu potwierdzającego otrzymanie renty inwalidzkiej przyznanej przez jakąkolwiek instytucję w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub przebytej Choroby, w przypadku przyznania renty.
4. Na wniosek Ubezpieczyciela należy dołączyć inny dokument niezbędny do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
5. Koszty otrzymania dokumentów wymienionych w ustępach poprzedzających obciążają Ubezpieczonego lub Uposażonego, w zależności od okoliczności. Ubezpieczyciel zachowuje prawo do weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego przez wskazanego i opłaconego przez Ubezpieczyciela lekarza. Zachowuje również prawo do weryfikacji okoliczności i przyczyny śmierci Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się o dostarczenie dodatkowych dokumentów, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia do zgłaszającego roszczenie, lekarzy, organów lub instytucji, które mogą być w ich posiadaniu.

PODSTAWY UMOWY

§ 16

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 zawarcie Umowy lub określenie jej warunków, mogą być przyczyną uchylenia się od odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

§ 17

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia odnoszą skutek, jeżeli zostały doręczone na piśmie.
2. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uposażony wskazał adres do korespondencji i nie powiadomił Ubezpieczyciela o jego zmianie, przyjmuje się, że Ubezpieczyciel dopełnił swoich obowiązków lub skutecznie złożył oświadczenie, wysyłając zawiadomienie lub oświadczenie pod ostatni wskazany adres.
4. 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.
5. 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.
6. Umowa może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego z zachowaniem 7 dniowego okresu wypowiedzenia.

INFORMACJA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO O WARTOŚCI WYKUPU

§ 18

Umowa Ubezpieczenia w żadnym czasie nie posiada wartości wykupu.

REKLAMACJE

§ 19

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 reklamację 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 reklamację 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.

WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

§ 20

Do rozpatrywania spraw, w których stroną jest Ubezpieczyciel właściwe są polskie sądy powszechne. Powództwo o roszczenie wynikające z postanowień Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby strony pozwanej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub Uposażonego albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia – w przypadku ich śmierci.

PRZEDAWNIE

§ 21

1. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie od Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie od Ubezpieczyciela przerywa się 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.

PRAWO WŁAŚCIWE I OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 22

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 Ubezpieczenia na życie ProOchrona

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
ŚMIERĆ LUB INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

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

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 1

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

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

4. Ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w ust. 2 obowiązuje wyłącznie w okresie ubezpieczenia na życie.
5. Rozszerzenie ubezpieczenia o Ubezpieczenie 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.
6. Poczawszy od Rocznicy Polisy, po dacie w której Ubezpieczony ukończy 70 lat, Ubezpieczenie dodatkowe wygasa, a składka za to Ubezpieczenie nie będzie naliczana.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 2

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Uposażonym świadczenie równe Sumie ubezpieczenia.
2. Za śmierć spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem uznaje się również śmierć będąca 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 których 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, 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6

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 ProOchrona

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
ŚMIERĆ LUB INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie **ProOchrona** zawartej na podstawie OWU w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o Śmierć lub Inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

DEFINICJE

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-środk 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.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego na zasadach określonych w SzWU.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego
 - b) Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
3. Suma ubezpieczenia dodatkowego: śmierć lub inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego wynosi 50 000 zł.
4. Ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w ust. 2 obowiązuje wyłącznie w okresie ubezpieczenia na życie.
5. Rozszerzenie ubezpieczenia o ubezpieczenie 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.
6. Począwszy od Rocznicy Polisy, po dacie w której Ubezpieczony ukończy 70 lat, Ubezpieczenie dodatkowe wygasa, a składka za to Ubezpieczenie nie będzie naliczana.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 2

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Uposażonym świadczenie zgodnie z § 1 ust. 3 SzWU.
2. Za śmierć spowodowaną Wypadkiem komunikacyjnym uznaje się również śmierć będącą bezpośrednim skutkiem Wypadku komunikacyjnego, jeżeli wystąpi najpóźniej w ciągu 180 dni od daty tego wypadku.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego 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 zgodnie z § 1 ust 3. SzWU.
2. Wypłata świadczenia następuje po ustaleniu stanu inwalidztwa, tj. po stwierdzeniu ostatecznego charakteru Całkowitego i trwałego inwalidztwa.
3. Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - a) poddania się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości we wskazanej przez Ubezpieczyciela placówce medycznej,
 - b) przekazania dokumentacji medycznej będącej w jego posiadaniu, a wymaganej przez Ubezpieczyciela.
4. Koszty badań lekarskich, o których mowa w ust. 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§6

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