

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

DLA UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA TOWARZYSTWA
MetLife Europe Limited, założona według prawa irlandzkiego, działająca pośrednictwem
MetLife Europe Limited, Oddział Spółki w Republice Czeskiej

WSTĘP

Artykuł 1

Postanowienia wstępne

1. Do niniejszego ubezpieczenia na życie podstawowego i dodatkowego („ubezpieczenie dodatkowe”) (dalej wspólnie również jako „ubezpieczenie”), zawieranego z towarzystwem MetLife Europe Limited, Oddział Spółki w Republice Czeskiej (dalej również jako „ubezpieczyciel”), mają zastosowania niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia (dalej również jako „OWU”), odnośne Szczególne warunki ubezpieczenia (dalej również jako „SWU”) oraz konkretna umowa ubezpieczenia z osobą, która przedmiotową umowę ubezpieczenia zawarła z ubezpieczycielem (dalej również jako „ubezpieczający”). Postanowienia OWU i odnośnych SWU stanowią integralną część umowy ubezpieczenia. W dalszej części niniejszego dokumentu „umowa ubezpieczenia” będzie oznaczać konkretną umowę ubezpieczenia, OWU i SWU.
 2. Ubezpieczenie na życie i dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana z ubezpieczycielem to ubezpieczenie dobrowolne. Jest to ubezpieczenie inwestycyjne; ubezpieczyciel może zgodnie z ogólnie wiążącymi przepisami prawa uregulować w Szczególnych warunkach ubezpieczenia niektóre dodatkowe umowy ubezpieczenia, zawierane wraz z ubezpieczeniem na życie jako ubezpieczenie ochronne, jeżeli nie jest to alternatywa jednoznacznie zakazana przez stosowne przepisy prawa polskiego.
 - c) trwale całkowite inwalidztwo (dalej również jako „ubezpieczenie dodatkowe na wypadek trwałego całkowitego inwalidztwa” lub „ubezpieczenie dodatkowe trwałego inwalidztwa”),
 - d) trwale całkowite inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej również jako „ubezpieczenie dodatkowe na wypadek trwałego całkowitego inwalidztwa wskutek NW” lub „wypadkowe ubezpieczenie dodatkowe inwalidztwa”),
 - e) całkowitej niezdolności do pracy (dalej również jako „ubezpieczenie dodatkowe na wypadek niezdolności do pracy” lub „ubezpieczenie dodatkowe zwolnienia z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych na wypadek całkowitej niezdolności do pracy”),
 - f) groźnych chorób (dalej również jako „ubezpieczenie dodatkowe na wypadek groźnej choroby” lub „ubezpieczenie dodatkowe groźnej choroby”).
3. Strony umowy ubezpieczenia mogą zawrzeć również inny rodzaj ubezpieczenia na życie z powiązaniem z nim ubezpieczeniem dodatkowym. Do wspomnianych ubezpieczeń mają zastosowanie niniejsze OWU, chyba że SWU stanowią inaczej.

Artykuł 3

Definicja pojęć

1. Definicje używane w niniejszych Ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie wyłącznie do ubezpieczenia na życie i powiązanego z nim ubezpieczenia dodatkowego, zawieranego zgodnie z niniejszymi OWU.
2. Ubezpieczony oznacza osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia.
3. Wykup oznacza część tzw. ubezpieczenia gromadzonego przez ubezpieczyciela jako rezerwa matematyczna, obliczana za pomocą metod ubezpieczeniowo-matematycznych na dzień wygaśnięcia ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia określa, w jakich okolicznościach ubezpieczający uzyskuje prawo do otrzymania kwoty wykupu w momencie wygaśnięcia ubezpieczenia, a nie - z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli wspomniane warunki powstania prawa do wykupu zostają zaspokojone, ubezpieczający ma prawo do otrzymania, po złożeniu wniosku na piśmie, kwoty wykupu od ubezpieczyciela. Kwota wykupu jest wymagalna w terminie trzech (3) miesięcy od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku o wypłatę kwoty wykupu.
4. Zdarzenie ubezpieczeniowe oznacza losowe okoliczności, bliżej określone w umowie ubezpieczenia lub przez szczególne przepisy prawa, do których odwołuje się umowa ubezpieczenia, pociągające za sobą powstanie obowiązku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela.
5. Nieszczęśliwy wypadek oznacza niespodziewane i nagłe działanie sił zewnętrznych lub działanie osoby niezależne od woli

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Artykuł 2

Rodzaje ubezpieczeń

1. W ramach ubezpieczenia na życie ubezpieczyciel zawiera ubezpieczenie na wypadek następującego ryzyka ubezpieczeniowego:
 - a) śmierć (dalej również jako „ubezpieczenie na wypadek śmierci”),
 - b) dożycie (dalej również jako „ubezpieczenie na wypadek dożycia”),
 - c) śmierć lub dożycie (dalej również jako „ubezpieczenie na wypadek śmierci lub dożycia”).
2. Wraz z ubezpieczeniem na życie możliwe jest zawarcie ubezpieczenia dodatkowego, zwłaszcza zaś ubezpieczenia wypadkowego i/lub ubezpieczenia na wypadek choroby, na przykład na wypadek następującego ryzyka ubezpieczeniowego:
 - a) śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej również jako „ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci wskutek NW” lub „ubezpieczenie dodatkowe śmierci NW”),
 - b) trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej również jako „ubezpieczenie dodatkowe na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek NW” lub „ubezpieczenie dodatkowe następstw NW”),

- ubezpieczonego, do którego doszło w trakcie obowiązywania ubezpieczenia i które doprowadziło do uszczerbku na zdrowiu lub do śmierci ubezpieczonego.
6. Trwałe uszkodzenie ciała oznacza
 - a) całkowitą utratę organu lub innej części ciała,
 - b) całkowitą utratę wszystkich funkcji organu lub innej części ciała,
 - c) inny stan istotnego ubytku struktury lub funkcji ciała, jeżeli dany stan został wskazany w umowie ubezpieczenia, jeżeli dany fakt został potwierdzony przez upoważniony do tego przez ubezpieczyciela zakład opieki medycznej.
 7. Trwałe całkowite inwalidztwo oznacza trwałą i całkowitą niezdolność ubezpieczonego do wykonywania w okresie zgłoszonym ubezpieczycielowi i kiedykolwiek w przyszłości wszelkich prac zarobkowych, do których ubezpieczony ma właściwe predyspozycje, wynikające z jego wiedzy, zdobytego wykształcenia, kwalifikacji i doświadczenia, z uwzględnieniem możliwości ubezpieczonego do przekwalifikowania się na inny, niż wykonywany dotąd rodzaj działalności zarobkowej. Faktyczne zaistnienie takiej niezdolności może oceniać i ustalać wyłącznie ubezpieczyciel na podstawie opinii (dokumentacji) zakładu opieki medycznej, współpracującego z ubezpieczycielem. Przedmiotowa niezdolność musi nastąpić wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku objętych przez ubezpieczenie, a po spełnieniu pozostałych warunków określonych w umowie ubezpieczenia.
 8. Trwałe całkowite inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku oznacza trwałą i całkowitą niezdolność ubezpieczonego do wykonywania w okresie zgłoszonym ubezpieczycielowi i kiedykolwiek w przyszłości wszelkich prac zarobkowych, do których ubezpieczony ma właściwe predyspozycje, wynikające z jego wiedzy, zdobytego wykształcenia, kwalifikacji i doświadczeniem, z uwzględnieniem możliwości ubezpieczonego do przekwalifikowania się na inny niż wykonywany dotąd rodzaj działalności zarobkowej. Faktyczne zaistnienie takiej niezdolności może oceniać i ustalać wyłącznie ubezpieczyciel na podstawie opinii (dokumentacji) zakładu opieki medycznej, współpracującego z ubezpieczycielem. Przedmiotowa niezdolność musi nastąpić wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego przez ubezpieczenie, a po spełnieniu pozostałych warunków określonych w umowie ubezpieczenia.
 9. Całkowita niezdolność do pracy oznacza tymczasową lub trwałą niezdolność ubezpieczonego, wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, do wykonywania aktualnej pracy zawodowej lub innej pracy lub działalności zarobkowej, do której ubezpieczony posiada odpowiednie predyspozycje, wynikające z jego wiedzy, zdobytego wykształcenia, kwalifikacji i doświadczenia. Faktyczne zaistnienie takiej niezdolności może oceniać i ustalać wyłącznie ubezpieczyciel na podstawie opinii (dokumentacji) zakładu opieki medycznej, współpracującego z ubezpieczycielem. Przedmiotowa niezdolność musi nastąpić wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku objętych przez ubezpieczenie, a po spełnieniu pozostałych warunków określonych w umowie ubezpieczenia.
 10. Suma ubezpieczenia będzie oznaczać wyłącznie na potrzeby ubezpieczenia w myśl niniejszych OWU kwotę wyrażoną pieniężnie, która zostanie wskazana w umowie ubezpieczenia (w powiązaniu z płaconą składką ubezpieczeniową) przez ubezpieczyciela i ubezpieczającego dla celów określenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w danym ubezpieczeniu (ubezpieczeniu dodatkowym).
 11. Rocznica oznacza rocznicę daty początkowej ubezpieczenia.
 12. Rok ubezpieczeniowy oznacza rok, który rozpoczyna swój bieg w dniu rozpoczęcia ubezpieczenia lub w jego rocznicę.
 13. Okres ubezpieczenia oznacza okres, na który zawarto ubezpieczenie. Ubezpieczenie można zawrzeć na czas oznaczony lub na czas nieoznaczony.
 14. Okres karencji oznacza okres czasu, określony w umowie ubezpieczenia, w trakcie którego ubezpieczyciel nie ma obowiązku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zdarzenia, które zwyczajnie zostałyby uznane za zdarzenie ubezpieczeniowe. Bieg okresu karencji rozpoczyna się wraz z początkiem ubezpieczenia, dla którego został uzgodniony.

Artykuł 4

Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w ubezpieczeniu na życie jest, zgodnie z daną umową ubezpieczenia i w zależności od typu ryzyka ubezpieczeniowego, zgon ubezpieczonego w trakcie obowiązywania ubezpieczenia lub dożycie przez ubezpieczonego określonego wieku lub dnia określonego w umowie ubezpieczenia jako termin końcowy okresu ubezpieczenia.
2. W przypadku ubezpieczenia dodatkowego śmierci wskutek NW, zdarzenie ubezpieczeniowe oznacza śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, którego ubezpieczony dozna w trakcie obowiązywania przedmiotowego ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli śmierć nastąpiła w ciągu pierwszych dwunastu (12) miesięcy od momentu nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku ubezpieczenia dodatkowego następstw NW, zdarzenie ubezpieczeniowe oznacza trwałe uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, którego ubezpieczony dozna w trakcie obowiązywania przedmiotowego ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli takie trwałe uszkodzenie ciała nastąpiło w ciągu pierwszych dwunastu (12) miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. W przypadku ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa za zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się moment upływu okresu ustalonego w umowie ubezpieczenia, podczas którego utrzymywało się w trybie ciągłym pełne inwalidztwo ubezpieczonego powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby; warunkiem jest obowiązywanie przedmiotowego ubezpieczenia dodatkowego w sposób ciągły od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku lub wystąpienia choroby do momentu zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku inwalidztwa wskutek NW dodatkowy warunek stanowi wystąpienie przedmiotowego trwałego całkowitego inwalidztwa osoby ubezpieczonej w ciągu pierwszych dwunastu (12) miesięcy od momentu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku wypadkowego ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa za zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się moment upływu okresu czasu określonego w umowie ubezpieczenia, podczas którego utrzymywało się w sposób ciągły trwałe pełne inwalidztwo ubezpieczonego wskutek NW, pod warunkiem, że przedmiotowe ubezpieczenie dodatkowe obowiązywało nieprzerwanie od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku do dnia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz że przedmiotowe trwałe pełne inwalidztwo ubezpieczonego wystąpiło w ciągu pierwszych dwunastu (12) miesięcy od momentu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
6. W przypadku ubezpieczenia dodatkowego na wypadek niezdolności do pracy oraz ubezpieczenia dodatkowego zwolnienia od opłacania składek ubezpieczeniowych na wypadek całkowitej niezdolności do pracy, zdarzenie ubezpieczeniowe oznacza moment upływu okresu ustalonego w umowie ubezpieczenia, kiedy utrzymywała się trwała, nieprzerwana, pełna niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby, pod warunkiem, że przedmiotowe ubezpieczenie dodatkowe obowiązywało nieprzerwanie od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku lub wystąpienia choroby do dnia zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku niezdolności do pracy wskutek NW, pod dodatkowym warunkiem, że pełna niezdolność do pracy wystąpiła w ciągu pierwszych dwunastu (12) miesięcy od momentu zajścia nieszczęśliwego wypadku.

7. W przypadku ubezpieczenia dodatkowego groźnej choroby, zdarzenie ubezpieczeniowe oznacza moment postawienia diagnozy jednej z groźnych chorób określonych w umowie ubezpieczenia (tj. moment, kiedy stwierdzono zaistnienie wszystkich określonych kryteriów, a diagnoza została wpisana do dokumentacji medycznej, prowadzonej przez właściwy zakład opieki medycznej lub przez lekarza prowadzącego, posiadającego specjalizację w danej dziedzinie, pozwalającą mu w sposób należyty ocenić daną chorobę) lub moment zakończenia jednego z zabiegów medycznych, wskazanych w umowie ubezpieczenia. Ponadto umowa ubezpieczenia może jako jeden z warunków zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego ustalić przeżycie przez ubezpieczonego określonego okresu czasu od momentu postawienia danej diagnozy lub zakończenia zabiegu lekarskiego.
8. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie przewiduje inaczej oraz w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych innych niż śmierć lub dożycie, dokładny moment zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zostaje określony przez ubezpieczyciela na podstawie opinii zakładu opieki medycznej upoważnionego przez ubezpieczyciela.

Artykuł 5 **Uposażony**

1. Uposażony oznacza osobę, która wskutek zdarzenia ubezpieczeniowego uzyska prawo do świadczenia ubezpieczeniowego.
 2. Jeżeli zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć ubezpieczonego, ubezpieczający może wskazać daną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego jako uposażonego, imiennie lub przez określenie jego stosunku do ubezpieczonego. Ubezpieczający może zmieniać osobę uposażonego do momentu powstania zdarzenia ubezpieczeniowego. Zmiana osoby uprawnionej jest skuteczna z dniem doręczenia zawiadomienia ubezpieczycielowi. Jeżeli ubezpieczający nie jest tożsamy z osobą ubezpieczoną, może wskazać lub zmienić osobę uprawnioną jedynie za uprzednią pisemną zgodą ubezpieczonego. Jeżeli w momencie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie został wskazany uposażony lub jeżeli uposażony nie uzyska prawa do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, przedmiotowe prawo uzyskują spadkobiercy ustawowi ubezpieczonego.
 3. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych innych niż śmierć ubezpieczonego, uposażonym jest ubezpieczony. Jednak jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe udzielane jest w trybie zwolnienia z opłacania składek ubezpieczeniowych, uposażonym jest ubezpieczający. Ubezpieczający może skorzystać z prawa do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego tylko wtedy, jeżeli udowodni, że ubezpieczony zapoznał się z treścią odnośnej umowy ubezpieczenia i wyraził zgodę na przyjęcie przez ubezpieczającego przedmiotowego świadczenia ubezpieczeniowego.
 4. Po spełnieniu warunków niezbędnych do powstania prawa do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego oraz w przypadku zgonu ubezpieczonego/uposażonego zanim dojdzie do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe jego/ich spadkobiercom.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe ma charakter wierzytelności, która może być przedmiotem zastawu w rozumieniu ogólnie wiążących przepisów prawa. Prawo zastawu względem danej wierzytelności powstaje wraz z zawarciem umowy przez ubezpieczającego (zastawca) i zastawnika (np. bank), chyba że ta umowa stanowi inaczej. Zastaw na wierzytelności jest skuteczny wobec ubezpieczyciela (jako dłużnika zastawionej wierzytelności, a więc - poddłużnika) wraz z doręczeniem pisemnego zawiadomienia ubezpieczającego o zastawie lub wraz z udowodnieniem ubezpieczycielowi powstania prawa zastawu przez zastawnika. Jeżeli ubezpieczający nie jest tożsamy z ubezpieczonym, może dokonać zastawu na wierzytelnościach z tytułu ubezpieczenia jedynie za zgodą ubezpieczonego.
 4. Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, jeżeli:
 - a) przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego były okoliczności, o których dowiedział się dopiero po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego i których nie mógł stwierdzić w momencie zawierania ubezpieczenia lub jego zmiany z powodu udzielonych świadomie lub z niedbalstwa, nieprawdziwych lub niepełnych odpowiedzi na pytania przekazane mu w formie pisemnej oraz jeżeli znając przedmiotowe okoliczności w momencie zawierania umowy ubezpieczenia, umowy tej nie zawarłby w ogóle lub zawarłby ją na innych warunkach, a okoliczności te pozostawały w związku przyczynowym z wystąpieniem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub
 - b) uposażony, korzystając z prawa do odbioru świadczenia z tytułu ubezpieczenia świadomie przedstawi nieprawdziwe lub istotnie zniekształcone dane dotyczące zakresu zdarzenia ubezpieczeniowego lub przemilczy istotne dane dotyczące przedmiotowego zdarzenia, w sytuacji gdy prawdziwy przebieg zdarzenia uprawniałby ubezpieczyciela do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
 5. Doręczenie decyzji o odmowie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest tożsame z wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia w zakresie odpowiednich ryzyk osobowych poza ubezpieczeniem na życie, o czym ubezpieczyciel poinformuje w przedmiotowej decyzji. W przypadku opisanym powyżej umowa ubezpieczenia w zakresie ryzyk osobowych innych niż ubezpieczenie na życie, do których odnosi się decyzja o odmowie wypłaty świadczenia, wygasa z chwilą doręczenia decyzji o odmowie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego. W tym wypadku nie następuje zwrot opłaconych składek ubezpieczeniowych wykorzystanych na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej.
 6. Ubezpieczający wskaże w umowie ubezpieczenia zgodną z prawą datę urodzenia ubezpieczanej osoby. Jeżeli ubezpieczający podał nieprawidłową datę urodzenia ubezpieczonego, wskutek czego ubezpieczyciel błędnie określił wysokość składki ubezpieczenia, ubezpieczyciel może obniżyć świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu przedmiotowej umowy proporcjonalnie do wysokości składki ubezpieczeniowej, która byłaby opłacana, gdyby ubezpieczający podał prawidłową datę urodzenia ubezpieczonego. Jeżeli ubezpieczyciel dowie się, że po udzieleniu świadczenia doszło do umyślnego naruszenia zobowiązań przez ubezpieczającego, osoba, która świadczenie otrzymała, jest zobowiązana zwrócić kwotę świadczenia ubezpieczeniowego, ustaloną proporcjonalnie do pomniejszonego świadczenia. Wykonanie powyższych obowiązków gwarantuje ubezpieczający. Ubezpieczający ma obowiązek bez zbędnej zwłoki poinformować ubezpieczyciela o zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, przedstawić zgodne z prawdą wyjaśnienia dotyczące zaistnienia i zakresu skutków tego zdarzenia, przedstawić konieczne w tym względzie dokumenty i postępować w sposób ustalony w umowie ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający nie jest jednocześnie ubezpieczonym, powyższy obowiązek spoczywa na ubezpieczonym; jeżeli zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć ubezpieczonego, obowiązek

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

Artykuł 6 **Postanowienia wspólne dotyczące świadczenia ubezpieczeniowego**

1. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego (dalej również jako „świadczenie”) powstaje w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego na warunkach określonych przez umowę ubezpieczenia lub ogólnie wiążące przepisy prawa.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe jest świadczeniem jednorazowym lub powtarzalnym w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia.

ten spoczywa na uposażonym. Wszelkie dokumenty składane w języku innym niż polski lub angielski wymagają tłumaczenia uwierzytelnionego na język polski lub angielski.

7. Wraz z zawiadomieniem ubezpieczyciela o zdarzeniu ubezpieczeniowym, jakim jest śmierć ubezpieczonego, należy dostarczyć następujące dokumenty:
 - a) uwierzytelnioną przez notariusza kopię aktu zgonu lub jego oryginał z podaniem daty i miejsca urodzenia ubezpieczonego (zmarłego),
 - b) szczegółowe zaświadczenie lekarskie lub urzędowe (np. kartę statystyczną do aktu zgonu), potwierdzające przyczynę śmierci oraz początek i przebieg choroby, która doprowadziła do śmierci ubezpieczonego, zaś w przypadku nieposiadania tego rodzaju dokumentu wskazanie placówki medycznej, w której leczył się ubezpieczony,
 - c) oświadczenie osoby uprawnionej o badaniu okoliczności zgonu celem ustalenia przyczyny zgonu przez organy ścigania. Należy wskazać, które organy ścigania brały w nim udział.
8. Ubezpieczyciel, z przyczyn związanych z badaniem zdarzenia ubezpieczeniowego może wystąpić o informacje na temat stanu zdrowia, zażądać zbadania stanu zdrowia lub przyczyn śmierci ubezpieczonego oraz innych niezbędnych dokumentów i informacji. Stan zdrowia lub przyczyny śmierci są stwierdzane na podstawie orzeczenia lekarskiego i dokumentacji pacjenta, o które występuje upoważniony przez ubezpieczyciela zakład opieki medycznej do lekarzy prowadzących, zaś w razie potrzeby - na podstawie kontroli lekarskiej lub badania, wykonanego przez upoważnionego do tego zakład opieki medycznej.
9. Uposażony nie ma prawa do świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli sam lub, z jego inicjatywy - osoba trzecia, umyślnie spowodowała zdarzenie ubezpieczeniowe.
10. Ubezpieczyciel, po należyтым zgłoszeniu zdarzenia ubezpieczeniowego, rozpocznie bez zbędnej zwłoki postępowanie niezbędne do stwierdzenia zakresu jego obowiązku do udzielenia świadczenia. Ubezpieczyciel ma obowiązek udzielić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie trzydziestu (30) dni od zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazałoby się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezporną część świadczenia jednak ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie trzydziestu (30) dni od zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli ubezpieczyciel nie jest w stanie zakończyć badania zdarzenia we wskazanym terminie, jest zobowiązany poinformować osobę, która ma uzyskać lub uzyskała prawo do świadczenia ubezpieczeniowego, o przyczynach, uniemożliwiających zakończenie badania zdarzenia, oraz na jej wniosek - wypłacić zaliczkę w odpowiedniej wysokości. Termin ten nie rozpoczyna swego biegu, jeżeli badanie jest niemożliwe lub utrudnione z winy uposażonego, ubezpieczającego lub ubezpieczonego.
11. Obowiązki terytorialne ubezpieczenia jest nieograniczone, chyba że ustawa lub umowa ubezpieczenia stanowi inaczej.
12. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane w Polsce w walucie polskiej, chyba że umowa ubezpieczenia stanowi inaczej.
13. Roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem trzech lat. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się znowu od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia.
14. W przypadku ubezpieczenia dodatkowego, obejmującego ubezpieczenie wypadkowe, zwłaszcza zaś w przypadku ubezpieczenia dodatkowego śmierci wskutek NW, ubezpieczenia

dotkowego następstw NW, ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa i ubezpieczenia dodatkowego na wypadek niezdolności do pracy (w niniejszym ustępie i w następnych jako „właściwe ubezpieczenie dodatkowe”), ubezpieczający i/lub ubezpieczony niezwłocznie poinformuje ubezpieczyciela o każdej zmianie lub rozszerzeniu wykonywanej pracy zawodowej lub innej działalności zarobkowej ubezpieczonego. Ubezpieczyciel jest uprawniony po otrzymaniu zawiadomienia ubezpieczającego o zmianie lub rozszerzeniu zakresu wykonywanej pracy zawodowej lub innej działalności zarobkowej powiązanej z podwyższonym ryzykiem ubezpieczeniowym do zaproponowania ubezpieczającemu nowej, podwyższonej składki ubezpieczeniowej. Jeżeli ubezpieczający nie akceptuje zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej zaproponowanej przez ubezpieczyciela, jest uprawniony w terminie czternastu (14) dni od dnia otrzymania propozycji ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia z natychmiastowym skutkiem.

Artykuł 7

Świadczenie i ograniczenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu na życie

1. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci, jeżeli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest śmierć ubezpieczonego, pod warunkiem spełnienia wszystkich wymogów uzyskania prawa do wypłaty świadczenia określonych w umowie ubezpieczenia dla uzyskania prawa do wypłaty świadczenia. Jeżeli w ramach jednej umowy ubezpieczenia zawarto ubezpieczenie dla większej liczby ubezpieczonych, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na wypadek śmierci nawet jednego tylko z ubezpieczonych w okresie obowiązywania ubezpieczenia, chyba że umowa ubezpieczenia stanowi inaczej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu ubezpieczenia na wypadek dożycia, jeżeli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest dożycie, pod warunkiem spełnienia wszystkich wymogów uzyskania prawa do wypłaty świadczenia określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli w ramach jednej umowy ubezpieczenia zawarto ubezpieczenie dla większej liczby ubezpieczonych, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli wszyscy ubezpieczeni dożyją ustalonego dnia, chyba że umowa ubezpieczenia stanowi inaczej.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci lub dożycia, jeżeli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest śmierć lub dożycie ubezpieczonego, pod warunkiem spełnienia wszystkich wymogów uzyskania prawa do wypłaty świadczenia określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli w ramach jednej umowy ubezpieczenia zawarto ubezpieczenie dla kilku ubezpieczonych, obowiązuje procedura zgodnie z drugim zdaniem ustępu 1 niniejszego artykułu lub drugim zdaniem ustępu 2 niniejszego artykułu.
4. Ubezpieczyciel jednak wypłaci uposażonemu kwotę wykupu w przypadku ograniczenia obowiązku świadczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego, a więc:
 - a) na wypadek śmierci ubezpieczonego w wyniku samobójstwa w ciągu dwóch (2) lat od początku ubezpieczenia
 - b) na wypadek śmierci ubezpieczonego, związanej z działaniami wojennymi, rebelią, powstaniem, zamieszkami społecznymi lub (jeżeli nie mamy do czynienia ze stanem wyższej konieczności lub obrony koniecznej) z aktywnym udziałem ubezpieczonego w działaniach z użyciem przemocy.

Artykuł 8

Świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego śmierci wskutek NW oraz z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następstw NW

1. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek NW, jeżeli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest śmierć ubezpieczonego wskutek

NW, pod warunkiem spełnienia wszystkich wymogów uzyskania prawa do wypłaty świadczenia określonych w umowie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu ubezpieczenia następstw NW, jeżeli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest trwałe uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek NW, pod warunkiem spełnienia wszystkich wymogów uzyskania prawa do wypłaty świadczenia określonych w umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli w przypadku zawarcia ubezpieczenia dodatkowego śmierci wskutek NW i innego rodzaju wypadkowego ubezpieczenia dodatkowego w ramach jednej umowy ubezpieczenia dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest śmierć ubezpieczonego wskutek NW, z tytułu którego już wcześniej powstało prawo do świadczenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel wypłaci za śmierć wskutek NW wyłącznie kwotę, która ewentualnie przekracza przyznane wcześniej świadczenie z tytułu tegoż NW.

Artykuł 9

Świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa i wypadkowego ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa

1. Z tytułu ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa i/lub wypadkowego ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe, jeżeli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest trwałe całkowite inwalidztwo ubezpieczonego lub trwałe pełne inwalidztwo ubezpieczonego wskutek NW, pod warunkiem spełnienia wszystkich wymogów uzyskania prawa do wypłaty świadczenia określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Aby uzyskać prawo do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa i/ lub wypadkowego ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa, ubezpieczający i/lub ubezpieczony ma obowiązek:
 - a) zawiadomić ubezpieczyciela o trwałym, pełnym inwalidztwie ubezpieczonego w terminie nie przekraczającym sześć (6) miesięcy od zajścia zdarzenia, które doprowadziło do powstania trwałego pełnego inwalidztwa lub o którym można w sposób uzasadniony zakładać, że mogłoby do niego doprowadzić, ponadto
 - b) udowodnić ubezpieczycielowi utrzymywanie się trwałego pełnego inwalidztwa zgodnie z wymogami ubezpieczyciela, zwłaszcza zaś z uwzględnieniem postanowień artykułu 4, ust. 4 przedmiotowych OWU (ubezpieczenie dodatkowe inwalidztwa), ewentualnie artykułu 4, ust. 5 niniejszych OWU (wypadkowe ubezpieczenie dodatkowe inwalidztwa) oraz
 - c) na żądanie ubezpieczyciela współpracować z nim w odpowiednim zakresie.

Artykuł 10

Świadczenie w ubezpieczeniu dodatkowym zwolnienia od opłacania składek ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy

1. W przypadku ubezpieczenia dodatkowego na wypadek niezdolności do pracy forma i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego zostały uregulowane w umowie ubezpieczenia. Poniższe ustępy niniejszego artykułu mają zastosowanie wyłącznie wówczas, gdy świadczenie ubezpieczeniowe ma formę zwolnienia od opłacania składek ubezpieczenia.
2. Z tytułu ubezpieczenia dodatkowego zwolnienia z opłacania składek ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy powstaje prawo do wypłaty świadczenia, jeżeli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy, pod warunkiem spełnienia wszystkich wymogów określonych w umowie ubezpieczenia dla uzyskania prawa do wypłaty świadczenia. Świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest udzie-

lane przez ubezpieczyciela w formie zwolnienia ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych przez okres pełnej niezdolności ubezpieczonego do pracy w trakcie obowiązywania przedmiotowego ubezpieczenia dodatkowego, począwszy od momentu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, a więc od momentu, kiedy pełna niezdolność ubezpieczonego do pracy trwała nieprzerwanie przez okres wskazany w umowie ubezpieczenia. Prawa do świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie można rościć po wygaśnięciu przedmiotowego ubezpieczenia dodatkowego.

3. Prawo do wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego zwolnienia z opłacania składek ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy powstaje wyłącznie pod warunkiem, że opłacanie składki ubezpieczeniowej nie zostało przerwane i jeżeli w momencie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego wszystkie składki ubezpieczenia zostały należycie opłacone zgodnie z właściwą umową ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający i/lub ubezpieczony zgłoszą ubezpieczycielowi całkowitą niezdolność ubezpieczonego do pracy każdorazowo w terminie nie przekraczającym dwóch (2) miesięcy od jej zaistnienia, a także na wniosek ubezpieczyciela, w dowolnym momencie niezwłocznie udowodnią jej trwanie.
5. Jeżeli dojdzie do podniesienia składki ubezpieczeniowej w związku z podwyższeniem sumy ubezpieczenia na wniosek ubezpieczającego (tj. podniesienie składek w trybie innym, niż indeksacja ubezpieczenia w rozumieniu artykułu 15 niniejszych OWU), ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo nie objąć składki o podniesionej wysokości ubezpieczeniem dodatkowym zwolnienia z opłacania składek ubezpieczeniowych na wypadek całkowitej niezdolności do pracy.

Artykuł 11

Świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego groźnej choroby

1. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego groźnej choroby, jeżeli po upływie okresu karencji, uzgodnionego dla przedmiotowego ubezpieczenia dodatkowego, dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszym ubezpieczeniem dodatkowym, pod warunkiem spełnienia wszystkich wymogów uzyskania prawa do wypłaty świadczenia określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Aby powstało prawo do roszczenia świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego groźnej choroby, ubezpieczający i/lub ubezpieczony zgłosi zdarzenie ubezpieczeniowe objęte przedmiotowym ubezpieczeniem dodatkowym w sposób możliwy do udowodnienia oraz przedstawi ubezpieczycielowi odpowiednią dokumentację w ciągu dwóch (2) miesięcy od powstania tego zdarzenia. Ubezpieczyciel może uzależnić powstanie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego od potwierdzenia diagnozy ubezpieczonego przez zakład opieki medycznej, upoważniony przez ubezpieczyciela; ubezpieczony ma obowiązek poddać się takiemu badaniu.
3. Jeżeli przed upływem okresu karencji dojdzie do zdarzenia, które w innych okolicznościach spełniałoby wymogi formalne (warunki) powstania zdarzenia ubezpieczeniowego lub jeżeli przed upływem okresu karencji u ubezpieczonego zostanie zdiagnozowana groźna choroba prowadząca później do powstania zdarzenia ubezpieczeniowego, którym jest przedmiotowa groźna choroba, świadczenie ubezpieczeniowe nie jest wypłacane, a ubezpieczenie dodatkowe wygasa.

Artykuł 12

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego

1. W przypadku ubezpieczenia wypadkowego i ubezpieczenia na wypadek choroby, zwłaszcza zaś - ubezpieczenia dodatkowego śmierci wskutek NW, ubezpieczenia dodatkowego nastę-

pstw NW, ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa, wypadkowego ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa, ubezpieczenia dodatkowego na wypadek niezdolności do pracy i ubezpieczenia dodatkowego groźnej choroby, nie powstaje prawo do świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:

- a) utraty świadomości lub istotnego upośledzenia psychicznej i/lub fizycznej sprawności ubezpieczonego, spowodowanych przez alkohol, leki lub substancje odurzające czy uzależniające,
 - b) zaburzeń psychicznych ubezpieczonego,
 - c) samobójstwa ubezpieczonego, próby samobójczej ubezpieczonego, a także - umyślnego uszkodzenia własnego zdrowia przez ubezpieczonego, w tym - jeżeli ubezpieczony umyślnie nie uda się po pomoc lekarską lub umyślnie nie będzie przestrzegać zaleceń lekarza,
 - d) umyślnego działania przestępczego ubezpieczonego, za które został on skazany prawomocnym wyrokiem sądu,
 - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez ubezpieczonego bez odpowiedniego prawa jazdy,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez ubezpieczonego bez aktualnego zaświadczenia uprawniającego go do udziału w ruchu na drogach publicznych lub nie spełniającego istotnych wymogów formalnych, uprawniających do udziału w ruchu na drogach publicznych,
 - g) jazdą ubezpieczonego ukradzionym pojazdem mechanicznym,
 - h) lotu samolotem, z wyjątkiem lotniczych połączeń liniowych i charterowych (rekreacyjnych, sezonowych), realizowanych przez licencjonowanego przewoźnika lotniczego,
 - i) aktywnego udziału ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju wyścigach, z wyjątkiem lekkiej atletyki i pływania,
 - j) uprawiania niebezpiecznych sportów lub zajęć rekreacyjno-sportowych: sportów samochodowych i motorowych, sportów jeździeckich, powietrznych, wspinaczki górskiej, sztuki walki, strzelectwa,
 - k) działań wojennych, buntu, powstania, zamieszek społecznych lub z aktywnego udziału ubezpieczonego w działaniach z użyciem przemocy lub bójce, za wyjątkiem przypadku, gdy ubezpieczony brał w nich udział w wyniku i z powodu stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
 - l) promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku katastrofy nuklearnej lub awarii urządzeń w technologii nuklearnej.
2. W przypadku ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa i ubezpieczenia dodatkowego na wypadek niezdolności do pracy, ubezpieczyciel nie wypłaca również świadczenia, jeżeli ubezpieczony jest zakażony wirusem HIV lub jedną z jego wersji, nawet jeżeli zakażenie nie spowodowało choroby AIDS.

UMOWA UBEZPIECZENIA, SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I ZMIANY UMOWY UBEZPIECZENIA

Artykuł 13

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia wymaga sporządzenia w formie pisemnej. Zawarta może ona zostać na podstawie przygotowanego na piśmie wniosku (dalej Wniosek) osoby zainteresowanej zawarciem umowy ubezpieczenia (potencjalnego ubezpieczającego). Oficjalny formularz Wniosku jest dostępny u pośredników ubezpieczeniowych. Niepełny, nieprecyzyjnie lub nieczytelnie wypełniony wniosek nie uważa się za przejaw woli zawarcia umowy ubezpieczenia i może zostać przez ubezpieczyciela zwrócony osobie zainteresowanej zawarciem umowy ubezpieczenia do dokonania w nim poprawek i uzupełnień.
2. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie Wniosku przez osobę zainteresowaną zawarciem ubezpieczenia

i przyjęcie go przez ubezpieczyciela w terminie określonym we Wniosku. Jeżeli termin ten nie został określony we Wniosku, ubezpieczyciel jest zobowiązany do przyjęcia Wniosku w terminie jednego (1) miesiąca. Jeżeli warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest wykonanie przez osobę zainteresowaną zawarciem ubezpieczenia kontrolnego badania lekarskiego, ubezpieczyciel przyjmie Wniosek w terminie dwóch (2) miesięcy od daty otrzymania Wniosku. Przyjęcie wniosku jest skuteczne z dniem doręczenia osobie zainteresowanej zawarciem umowy ubezpieczenia potwierdzenia przyjęcia Wniosku przez ubezpieczyciela. Potwierdzenie przyjęcia Wniosku przez ubezpieczyciela, które zawiera jakiegokolwiek zmiany w porównaniu z pierwotnym wnioskiem – takie, jak aneksy, zastrzeżenia lub ograniczenia – uważane jest za nowy Wniosek. Wniosek uważa się za odrzucony, jeżeli druga strona nie odniesie się do nowego Wniosku w terminie jednego (1) miesiąca od dnia doręczenia Wniosku.

3. Polisa stanowi potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia i jest wydana przez ubezpieczyciela ubezpieczającemu po zawarciu przez niego umowy ubezpieczenia z ubezpieczającym. Polisa zawiera określenie stron umowy, numer umowy ubezpieczenia, określenie ryzyka ubezpieczeniowego, okres ubezpieczenia, okres ważności umowy ubezpieczenia i inne podstawowe dane dotyczące treści umowy ubezpieczenia, w tym dane dotyczące momentu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczenie rozpoczyna się o godzinie 0:00 w dniu przyjęcia przez ubezpieczyciela Wniosku ubezpieczającego, chyba że umowa ubezpieczenia stanowi inaczej. Jeżeli osoba zainteresowana zareaguje na kontrpropozycję Wniosku ubezpieczyciela, ubezpieczenie rozpoczyna się o godzinie 0:00 w dniu otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia osoby zainteresowanej zawarciem umowy ubezpieczenia, potwierdzającego akceptację kontrpropozycji Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy określenie miary ryzyka ubezpieczeniowego i wysokości składek ubezpieczeniowych wymagają udostępnienia informacji dotyczących stanu zdrowia i potwierdzenia stanu zdrowia ubezpieczonego, może ubezpieczyciel na podstawie zgody ubezpieczonego zażądać tych informacji. Stan zdrowia lub przyczyny śmierci stwierdzane są na podstawie orzeczenia lekarskiego i dokumentacji pacjenta, o które upoważniony przez ubezpieczyciela zakład opieki medycznej występuje do lekarzy prowadzących, zaś w razie potrzeby - na podstawie kontroli lekarskiej lub badania, wykonanego przez upoważniony do tego zakład opieki medycznej. W tym celu ubezpieczający (i ubezpieczony, jeżeli nie jest tożsamy z ubezpieczającym) upoważnia ubezpieczyciela wraz z podpisaniem Wniosku do wystąpienia o odnośną dokumentację i informacje do lekarzy, szpitali i innych zakładów opieki medycznej, w których ubezpieczane osoby były lub są leczone lub badane.
6. Ubezpieczający i ubezpieczony udzielą prawdziwych i kompletnych odpowiedzi na wszystkie pisemne pytania ubezpieczyciela dotyczące zawieranej umowy ubezpieczenia. Powyższe obowiązuje również w przypadku zmian ubezpieczenia. Konsekwencje nie sprostania temu obowiązkowi określono w artykule 6, ust. 5 i artykule 16, ust. 1 niniejszych OWU oraz w ogólnie wiążących przepisach prawa.
7. Wraz z podpisaniem wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczony i/lub ubezpieczający udzielają ubezpieczycielowi pełnomocnictwo w zakresie wszelkich czynności koniecznych w myśl ogólnie wiążących przepisów prawa lub umowy ubezpieczenia w celu stwierdzenia, czy dane niezbędne do należytego zawarcia lub zmiany umowy ubezpieczenia są właściwe i kompletne, ewentualnie do zbadania, czy roszczenia dotyczące świadczenia ubezpieczeniowego są uzasadnione. Analogicznie za udzielenie tegoż pełnomocnictwa w przedmiotowym zakresie uważa się również późniejszą pisemną zgodę ubezpieczonego na zawartą wcześniej umowę ubezpieczenia.

8. Wszelkie fakty, z którymi ubezpieczyciel się zapozna w trakcie określania stanu zdrowia osoby ubezpieczanej (ubezpieczonego), jak również inne okoliczności, decydujące dla zawarcia umowy ubezpieczenia lub przyznania prawa do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może wykorzystać jedynie na potrzeby własne do celów ubezpieczenia, w pozostałym zakresie - jedynie za zgodą ubezpieczonego i/lub ubezpieczającego.
9. Jeżeli polisa zaginie, ulegnie uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel wyda na wniosek i koszt ubezpieczającego duplikat polisy. Wraz z wydaniem duplikatu polisy, oryginał polisy lub jej wcześniej wydane duplikaty tracą ważność.
10. Postanowienia ustawy, OWU i/lub SWU dotyczące zawarcia umowy ubezpieczenia mają podobne zastosowanie również w razie procedury wprowadzania zmian do umowy ubezpieczenia. Jeżeli w związku z dokonaniem zmiany zostaje wydana nowa polisa, wcześniej wydane polisy tracą ważność.

Artykuł 14

Składka ubezpieczeniowa

1. Składka ubezpieczeniowa stanowi opłatę za ubezpieczenie. Wysokość składki ubezpieczeniowej określana jest na podstawie zasad ubezpieczeniowo-matematycznych, obowiązujących dla poszczególnych typów ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia dodatkowego i jest określona w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego o zasadach wyliczania kwoty składki ubezpieczeniowej dla ubezpieczenia zawartego na podstawie pisemnego wniosku doręczonego przez ubezpieczającego do siedziby ubezpieczyciela.
2. Składka ubezpieczeniowa zostaje określona na cały okres, na który zawarto ubezpieczenie (składka jednorazowa) lub na poszczególne okresy ubezpieczenia, uzgodnione w umowie ubezpieczenia (regularne składki ubezpieczenia). W umowie ubezpieczenia można uzgodnić, czy jednorazowe lub regularne składki będą opłacane w ratach.
3. Jeżeli wysokość składki ubezpieczeniowej określana jest z uwzględnieniem wieku ubezpieczonego, wiek wejściowy ubezpieczonego wylicza się jako różnicę między datą podpisania Wniosku ubezpieczającego o zawarcie umowy ubezpieczenia i rokiem urodzenia.
4. Ubezpieczyciel nie przyjmie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, zgłoszonego przez osobę zainteresowaną zawarciem ubezpieczenia, dopóki osoba ta nie wpłaci wymaganej zaliczki na poczet składki ubezpieczeniowej. Warunek ten może zostać uchylony przez ubezpieczyciela, który przyjmie wniosek nawet przed wniesieniem zaliczki na poczet składki ubezpieczenia.
5. Jednorazowa składka ubezpieczeniowa i regularna składka ubezpieczeniowa za pierwszy okres ubezpieczenia (lub jej pierwsza rata) są wymagalne w terminie nie przekraczającym trzech (3) dni roboczych następujących po odbiorze polisy przez ubezpieczającego. Jeżeli wraz z wnioskiem osoba zainteresowana wpłaciła zaliczkę na poczet składki ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel od momentu rozpoczęcia ubezpieczenia traktuje tę zaliczkę jako składkę ubezpieczeniową. Składka ubezpieczeniowa za kolejny okres ubezpieczenia (lub jej pierwsza rata) jest wymagalna pierwszego dnia tegoż okresu ubezpieczenia. W przypadku opłacania składki w ratach, niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może powodować ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w przypadku, gdy Ubezpieczyciel po upływie terminu do zapłaty raty składki wezwał ubezpieczającego do dokonania zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel ma prawo do składki ubezpieczeniowej za okres trwania ubezpieczenia lub do dnia zmiany ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe, chyba że ogólnie wiążące przepisy prawa lub umowa ubezpieczenia stanowią inaczej.

7. Należycie opłacona składka ubezpieczeniowa to składka ubezpieczeniowa, którą wpłacono na rachunek należący do ubezpieczyciela i przez niego wskazany, w kwocie, walucie i terminie określonym w umowie ubezpieczenia lub monicie dotyczącym opłacenia składki ubezpieczeniowej, zawierająca odpowiednią identyfikację płatności ustaloną przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może ponadto określić przypadki, w których istnieje możliwość opłaty składki ubezpieczeniowej w innym trybie.

Artykuł 15

Indeksacja ubezpieczenia

1. W przypadku ubezpieczenia z regularną składką ubezpieczeniową można uzgodnić automatyczne podnoszenie składki i sumy ubezpieczenia dla ubezpieczenia na życie i zawartych ubezpieczeń dodatkowych z dniem rocznicy polisy (dalej jako „indeksacja ubezpieczenia”).
2. Indeksacja ubezpieczenia jest dokonywana w datę rocznicy polisy i w trybie uzgodnionym w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel może określić minimalną wartość indeksu.
3. W przypadku indeksacji ubezpieczenia dochodzi do podniesienia sum ubezpieczenia bez konieczności ponownego badania stanu zdrowia ubezpieczonego.

Artykuł 16

Rozwiązanie, zmiany umowy ubezpieczenia oraz uchylenie się od odpowiedzialności

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do zawiadamiania ubezpieczyciela o wszystkich znanych sobie okolicznościach wymaganych przez ubezpieczyciela w przekazywanych przez niego ubezpieczającemu formularzach i innych dokumentach pisemnych. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, o których - zgodnie z poprzednim zdaniem - nie został poinformowany. Jeżeli ubezpieczycielowi nie przekazano wymaganych przez niego informacji z winy umyślnej, przyjmuje się w razie wątpliwości, że wypadek ubezpieczeniowy, przewidziany przez umowę i jego następstwa są skutkiem podania nieprawdziwych okoliczności, wymienionych powyżej.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Wraz z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia, umowa zostaje unieważniona od momentu zawarcia. Ubezpieczyciel ma obowiązek bez zbędnej zwłoki, w terminie nie przekraczającym 30 dni od dnia odstąpienia od umowy ubezpieczenia, zwrócić opłaconą składkę ubezpieczenia. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do potrącenia składki za okres w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia (ubezpieczenie) wyłącznie w przypadkach wskazanych przez ogólnie wiążące przepisy prawa.
4. W razie istotnego wzrostu ryzyka ubezpieczeniowego w ubezpieczeniu dodatkowym, obejmującym ubezpieczenie wypadkowe, może każda ze stron zażądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili zajścia tej okoliczności, nie wcześniej jednak, niż od początku aktualnego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia tego rodzaju żądania może druga strona w terminie czternastu (14) dni wypowiedzieć umowę z natychmiastowym skutkiem.
5. Jeżeli ubezpieczenie dodatkowe, nie będące samo w sobie ubezpieczeniem na życie, zostaje zawarte wraz z ubezpiec-

zeniem na życie z regularnymi składkami, wygasa ono wraz z wypowiedzeniem ubezpieczyciela z końcem okresu ubezpieczenia; wypowiedzenie musi zostać doręczone co najmniej sześć (6) tygodni przed upływem okresu ubezpieczenia pod rygorem nieważności.

6. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć ubezpieczenie dodatkowe, które samo w sobie nie jest ubezpieczeniem na życie, w ciągu trzech (3) miesięcy od dnia wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego tymże ubezpieczeniem dodatkowym. Z dniem doręczenia wypowiedzenia rozpoczyna swój bieg jednomiesięczny (1 miesiąc) termin wypowiedzenia, z którego upłynięciem wygasa ubezpieczenie dodatkowe.
7. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia (ubezpieczenie) w każdym czasie. W takim przypadku umowa ubezpieczenia wygasa wraz z upływem ostatniego dnia okresu za który została opłacona składka ubezpieczeniowa.
8. Ubezpieczyciel i ubezpieczający mogą porozumieć się w sprawie rozwiązania umowy ubezpieczenia. Porozumienie to musi określać moment wygaśnięcia ubezpieczenia oraz tryb wzajemnego rozliczenia zobowiązań.
9. Ubezpieczenie wygasa wraz z upłynięciem okresu ubezpieczenia. W przypadku ubezpieczenia zawartego na czas określony w umowie ubezpieczenia można uzgodnić, że po upływie okresu, na który zawarto ubezpieczenie, ubezpieczenie to nie wygasa, jeżeli ubezpieczyciel lub ubezpieczający w terminie co najmniej sześciu (6) tygodni przed upływem okresu ubezpieczenia nie poinformuje drugiej strony o tym, że nie jest zainteresowany kontynuowaniem przedmiotowego ubezpieczenia. Jeżeli nie dojdzie do wygaśnięcia ubezpieczenia, zostaje ono przedłużone na tych samych warunkach na okres wskazany w umowie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczenie wygasa na mocy postanowień ogólnie wiążących przepisów prawa w następujących przypadkach:
 - a) Jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, ubezpieczenie wygasa dzień po bezskutecznym upływie terminu określonego przez ubezpieczyciela w monicie wzywającym do zapłaty składki lub jej części, doręczonym ubezpieczającemu; przedmiotowy termin nie może być krótszy niż 7 dni. Monit od ubezpieczyciela będzie zawierać informację ostrzegającą o wygaśnięciu ubezpieczenia, jeżeli należna składka nie zostanie opłacona.
 - b) Ubezpieczenie wygasa z dniem kiedy dojdzie do zgonu ubezpieczonej osoby fizycznej.
 - c) Ubezpieczenie wygasa wraz z wypłaceniem wykupu zrealizowanym w myśl artykułu 3, ust. 3 niniejszych OWU.
11. W przypadku ubezpieczenia dodatkowego obowiązują zasady takie, jak w przypadku ubezpieczenia podstawowego, z tym, że ubezpieczenie dodatkowe można wypowiedzieć oddzielnie od ubezpieczenia dodatkowego lub zakończyć w innym trybie, chyba że umowa ubezpieczenia stanowi inaczej.

INWESTYCYJNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Artykuł 17

Ogólne postanowienia dotyczące inwestycyjnego ubezpieczenia na życie

1. Inwestycyjne ubezpieczenie na życie jest to ubezpieczenie na życie na wypadek śmierci lub dożycia połączone z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych ubezpieczyciel określa programy inwestycyjne dla inwestycyjnego ubezpieczenia na życie. Ubezpieczający może wybierać programy inwestycyjne zgodnie z postanowieniami odnośnej umowy ubezpieczenia.
2. Wartość kapitałowa inwestycyjnego ubezpieczenia na życie określana jest jako wartość jednostek uczestnictwa w progra-

mie inwestycyjnym, którymi jest uznawany wirtualny (używany wyłącznie w celu wyliczeń) rachunek inwestycyjny do danej umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel tworzy i likwiduje jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i określa wartość jednostek uczestnictwa zgodnie z umową ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może określać prawo ubezpieczającego do podnoszenia wartości kapitałowej ubezpieczenia w dowolnym momencie trwania inwestycyjnego ubezpieczenia na życie. Podnoszenie wartości kapitałowej ubezpieczenia jest jednostronną czynnością polegającą na opłaceniu dodatkowej składki ubezpieczenia. Czynność ta musi zostać potwierdzona na piśmie i potwierdzenie musi zostać doręczone ubezpieczycielowi. Powyższego można dokonać wyłącznie na warunkach określonych przez umowę ubezpieczenia.

3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci ubezpieczonego w inwestycyjnym ubezpieczeniu na życie określono w umowie ubezpieczenia na podstawie wartości kapitałowej ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, jeżeli została uzgodniona suma ubezpieczenia na wypadek śmierci.
4. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek dożycia w inwestycyjnym ubezpieczeniu na życie równa się wartości kapitałowej ubezpieczenia, chyba że umowa ubezpieczenia stanowi inaczej.
5. Jeżeli w przypadku wygaśnięcia inwestycyjnego ubezpieczenia na życie powstaje prawo do wypłaty kwoty wykupu, ubezpieczyciel wypłaci kwotę wykupu w wysokości wartości kapitałowej ubezpieczenia pomniejszoną o tzw. opłatę likwidacyjną, jeżeli jest to przewidziane w umowie ubezpieczenia. 6. Ubezpieczający, który uzyskał prawo do kwoty wykupu, może wystąpić o zakończenie opłacania regularnych składek ubezpieczenia, jeżeli wysokość wartości kapitałowej ubezpieczenia przekracza minimum określone przez ubezpieczyciela. Po doręczeniu ubezpieczycielowi pisemnego wniosku ubezpieczenie zostanie zmienione na ubezpieczenie bezskładkowe na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia i obowiązujące do dnia, kiedy kwota wartości kapitałowej osiągnie poziom zerowy (a nawet uzyska wartość ujemną); następnie dojdzie do wygaśnięcia ubezpieczenia bez rekompensaty (skrócenie okresu ubezpieczenia). Dla celów niniejszego akapitu wartość kapitałowa ubezpieczenia nie obejmuje wartości jednostek uczestnictwa stworzonych na podstawie wpłaty dodatkowej składki ubezpieczenia.
7. Jeżeli w przypadku inwestycyjnego ubezpieczenia na życie upłynął termin wygaśnięcia ubezpieczenia z powodu nieopłacenia składki ubezpieczenia, ale jednocześnie powstało już prawo do wykupu, a kwota wartości kapitałowej ubezpieczenia na dany dzień przekracza minimum określone przez ubezpieczyciela, ubezpieczenie będzie automatycznie zmienione na ubezpieczenie bezskładkowe i będzie obowiązywać do dnia, w którym kwota wartości kapitałowej osiągnie poziom zerowy (a nawet uzyska wartość ujemną). Następnie dojdzie do wygaśnięcia ubezpieczenia bez rekompensaty, tj. do skrócenia okresu ubezpieczenia. Wartość kapitałowa ubezpieczenia, o której mowa w niniejszym ustępie nie obejmuje wartości jednostek uczestnictwa utworzonych na podstawie wpłaty dodatkowej składki ubezpieczenia.
8. Ubezpieczający jest uprawniony do otrzymania wykupu na podstawie wniosku złożonego do ubezpieczyciela nawet po przekształceniu ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe w myśl ust. 6 lub ust. 7 niniejszego artykułu.
9. Jeżeli inwestycyjne ubezpieczenie na życie z regularną składką ubezpieczeniową zawarto z uwzględnieniem sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, ubezpieczenie wygasa bez rekompensaty w momencie, kiedy kwota wartości kapitałowej osiągnie poziom zerowy (a nawet uzyska wartość ujemną). Powyższe nie ma zastosowania do przypadków, kiedy w umowie

ubezpieczenia uzgodniono na dany okres gwarancją sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci. W powyższym okresie gwarancyjnym nie następuje wygaśnięcie ubezpieczenia po osiągnięciu granicy zera (lub jej przekroczeniu do wartości ujemnych). Wartość kapitałowa ubezpieczenia, o której mowa w niniejszym ustępie nie obejmuje wartości jednostek uczestnictwa utworzonych na podstawie wpłaty dodatkowej składki ubezpieczenia.

10. W nawiązaniu do art. 14, ust. 6 OWU w niniejszym ustępie określono prawo ubezpieczyciela do wszelkich alokowanych części opłaconych składek ubezpieczeniowych inwestycyjnego ubezpieczenia na życie będącego przedmiotem niniejszych OWU.

Alokowane części opłaconych składek ubezpieczeniowych są to te części składek ubezpieczeniowych, które zostały już wykorzystane do utworzenia jednostek uczestnictwa na rachunku inwestycyjnym danej umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel uwzględni alokowane części składek ubezpieczeniowych określając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego lub kwoty wykupu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Artykuł 18

Postanowienia końcowe

1. Raty składki ubezpieczeniowej i suma ubezpieczenia zaokrągliła się do całych złotych polskich. W razie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, kwoty wykupu i/lub innych wypłat związanych z ubezpieczeniem, wypłacana kwota będzie zaokrąglana do całych złotych polskich zgodnie z ogólnymi zasadami zaokrąglania. Jeżeli uzgodniono inną jednostkę walutową, należy postępować analogicznie.
2. Jeżeli jest to przewidziane przez ogólnie wiążące przepisy prawa, ubezpieczyciel może pomniejszyć świadczoną wypłatę związaną z ubezpieczeniem o kwotę określoną przez ogólnie wiążące przepisy prawa (lub wyliczoną na podstawie przedmiotowych przepisów), którą ubezpieczyciel powinien odprowadzić w myśl przedmiotowych ogólnie wiążących przepisów prawa.
3. Ubezpieczający niezwłocznie poinformuje ubezpieczyciela o każdej zmianie swojego adresu (to jest adresu zamieszkania lub siedziby) i/lub adresu korespondencyjnego (kontaktowego) i/lub adresu ubezpieczonego. Powyższy obowiązek odnosi się również do ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczającego.
4. Ubezpieczyciel doręcza wszelkie pisma dotyczące ubezpieczenia na ostatni znany ubezpieczycielowi adres kontaktowy ubezpieczającego i/lub ubezpieczonego w Polsce. Jeżeli ubezpieczający i/lub ubezpieczony przeprowadzi się (zmieni adres zamieszkania) za granicę, przekaże ubezpieczycielowi również swój adres kontaktowy na terytorium Polski.
5. Wszelkie komunikaty, zawiadomienia i podania dotyczące ubezpieczenia należy sporządzać w formie pisemnej i przekazywać ubezpieczycielowi w trybie przez niego określonym (np. na drukach). Komunikaty zaadresowane do ubezpieczyciela są skuteczne z dniem ich doręczenia do siedziby ubezpieczyciela.
6. Dla celów ubezpieczenia w myśl niniejszych OWU forma pisemna zostaje zachowana w przypadku czynności prawnych wykonanych przy pomocy telegrafu, dalekopisu lub mediów elektronicznych, umożliwiających zarejestrowanie treści czynności prawnej i określenie osoby, wykonującej daną czynność prawną, wyłącznie pod warunkiem uzupełnienia ich złożenia na piśmie w terminie nie przekraczającym pięciu (5) dni, przez przedstawienia ich oryginału, ewentualnie przez złożenie pisma o tożsamym brzmieniu. Jeżeli czynność prawna nie została wykonana w trybie wymaganym przez niniejsze OWU, uważa się ją za nieważną.
7. Jeżeli adresat odmówi odbioru pisma, pismo to uważa się za doręczone z dniem odmowy jego przyjęcia; adresatowi nie trzeba udzielać specjalnego pouczenia o skutkach odmowy odbioru pisma. W przypadku zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego za dzień doręczenia zawiadomienia uważa się dzień, kiedy ubezpieczyciel otrzymał należycie i kompletnie uzupełniony formularz „Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego”.
8. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1. 1. 2016.
9. Niniejsze OWU są wiążące dla obu stron umowy ubezpieczenia, a więc ubezpieczającego i ubezpieczyciela, a także proporcjonalnie dla wszystkich pozostałych uczestników ubezpieczenia zawartego z ubezpieczycielem, chyba że umowa ubezpieczenia stanowi inaczej.
10. W przypadku danego konkretnego ubezpieczenia obowiązują zasady, zgodnie z którą pierwszeństwo mają postanowienia konkretnej umowy ubezpieczenia przed postanowieniami SWU, postanowienia SWU mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU, zaś postanowienia OWU mają pierwszeństwo przez postanowieniami ustawy. Postanowienia wymienione w pierwszym zdaniu nie odnoszą się do postanowień ogólnie wiążących przepisów prawa o charakterze bezwzględnie obowiązującym.
11. Strony ubezpieczenia zobowiązują się do rozstrzygania ewentualnych sporów wynikających ze stosunku ubezpieczenia przede wszystkim na drodze polubownej. Jeżeli porozumienie jest niemożliwe, sądami właściwymi do rozstrzygania w tychże sporach są sądy ustalone w oparciu o przepisy o właściwości ogólnej, albo sąd właściwy dla miejsca zamieszkania ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub osoby uprawnionej określonej w umowie ubezpieczenia.
12. Wszelkie podatki powiązane z umową ubezpieczenia winny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych tj. ustawą z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 poz. 361 j.t. z późn. zm.) i ustawą z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 74, poz.397 j.t.).

01/16 OWU 1.4