

SIGNAL IDUNA



SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Dobrze wiedzieć, że jest SIGNAL IDUNA.

**Ogólne Warunki
Indywidualnego
Ubezpieczenia
na Życie i Dożycie
z Gwarantowanym
Zwrotem Składek oraz
Ubezpieczeniem Następstw
Nieszczęśliwych Wypadków**

Aneks nr 1
do Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Gwarantowanym Zwrotem Składek
oraz Ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków zatwierdzonych Uchwałą Nr 11/Z/2011
Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 17 marca 2011 r.

W Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Gwarantowanym Zwrotem Składek oraz Ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków zatwierdzonych Uchwałą Nr 11/Z/2011 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 17 marca 2011 r. (zwanych dalej OWU) wprowadza się następujące zmiany:

§ 1

1. § 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE zostaje poprzedzony informacjami o poniższym brzmieniu:

Najważniejsze informacje dotyczące ubezpieczenia

Szanowny Kliencie,

poniżej przedstawiamy najważniejsze informacje zawarte w **Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Gwarantowanym Zwrotem Składek oraz Ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków.**

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Gwarantowanym Zwrotem Składek oraz Ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 2; § 3; § 14; § 15; § 17; § 18; § 19; § 20; § 21; § 28;
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2; § 5; § 11; § 12; § 13; § 17; § 18; § 19; § 20; § 21; § 29;
3.	Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	§ 14; § 28; § 29; § 38;

§ 9 skreśla się ust. 4

§ 11 skreśla się ust. 1

§ 13 ust 2 otrzymuje brzmienie:

2. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany do wypełnienia obowiązków, o których mowa w § 22 ust 7 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, jeśli Ubezpieczony umyślnie nie dopełnił ciężących na nim obowiązków Ubezpieczyciel ma prawo zmniejszyć świadczenie w takim stopniu w jakim niedopełnienie obowiązków uniemożliwiło ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku, gdy niedopełnienie obowiązków uniemożliwiło ustalenie okoliczności lub skutków zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia.

§ 22 dodaje się ust. 3 i 4.

Dotychczasowe ust. 3-5 otrzymują numerację 5-7

3. Z zastrzeżeniem ust. 4, nie rzadziej niż raz w roku Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego na piśmie, a jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o aktualnej wartości wykupu, wysokości przyznanego udziału w zysku, o którym mowa w § 31 i aktualnej wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek, Ubezpieczający, niezwłocznie po przekazaniu mu informacji, o której mowa w zdaniu poprzednim przekazuje tę informację Ubezpieczonemu na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyraził na to zgodę na innym trwałym nośniku.
4. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację, o której mowa w ust. 3 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 26 otrzymuje brzmienie:

Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy w zależności od określonych w umowie ubezpieczenia sum ubezpieczenia dla poszczególnych ryzyk w zakresie ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki i wieku Ubezpieczonego oraz wyników oceny ryzyka.

§ 29 otrzymuje brzmienie:

1. Po upływie pierwszych 2 lat okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w roku trwania okresu ubezpieczenia, w którym zgodnie z polisą, wskazana w polisie suma ubezpieczenia bezskładkowego przekracza minimalną sumę ubezpieczenia bezskładkowego określoną w polisie oraz pod warunkiem opłacenia wszystkich składek należnych za dotychczasową część okresu ubezpieczenia, Ubezpieczający może złożyć wniosek o zmianę umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego (ubezpieczenie bezskładkowe). Zmiana umowy ubezpieczenia możliwa jest po wyrażeniu zgody przez Ubezpieczyciela.
2. Zmiana umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe dotyczy zwolnienia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek i przekształcenia umowy ubezpieczenia w umowę obejmującą zakresem wyłącznie ubezpieczenie na życie i dożycie. W ubezpieczeniu bezskładkowym świadczenie z tytułu dożycia wypłacane jest w wysokości sumy ubezpieczenia bezskładkowego wskazanej w polisie, której wysokość zależy od tego, w którym roku trwania okresu ubezpieczenia nastąpiło przekształcenie umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego. W ubezpieczeniu bezskładkowym wartość wykupu odpowiada wartości wykupu na dzień przekształcenia umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego.
3. Z dniem dokonania zamiany umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego wygasa ochrona z tytułu Następstw Nieszczęśliwych wypadków.

4. Jeżeli suma ubezpieczenia bezskładkowego jest niższa od minimalnej sumy ubezpieczenia bezskładkowego określonej w polisie, Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o tym fakcie oraz o możliwości rozwiązania umowy ubezpieczenia i wypłaty Ubezpieczającemu wartości wykupu wraz z wartością rachunku zysków dodatkowych, o którym mowa w § 31 (o ile wartość jest wyższa niż zero), zgodnie z postanowieniami § 28.
5. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczającemu przysługuje prawo do udziału w zysku oraz do wypłaty wartości wykupu wraz z wartością rachunku zysków dodatkowych, o którym mowa w § 31 (o ile wartość ta jest wyższa niż zero)
6. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczyciel może wyrazić zgodę na wznowienie opłacania składek przez Ubezpieczającego na warunkach uzgodnionych przez strony umowy ubezpieczenia, jeżeli nie minął okres 12 miesięcy od daty zmiany umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 i 2.

§ 34 dodaje się ust. 6 i 7.

Dotychczasowe ust. 6-8 otrzymują kolejno numerację 8-10.

3. Za pisemną zgodą Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może uzyskać od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, informacje o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych o jego stanie zdrowia, z wyłączeniem badań genetycznych, ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.
4. Za pisemną zgodą Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może nadto uzyskać od Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili opieki zdrowotnej w związku ze zdarzeniem będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości świadczenia

§ 37 otrzymuje brzmienie:

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia poprzez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia w tym względzie w terminie:
 - 1) 7 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą;
 - 2) 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, gdy Ubezpieczający nie jest przedsiębiorcą, przy czym jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie do odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie;
 - 3) 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji, o której mowa w § 22 ust. 3.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia od tej umowy, w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji, o której mowa w § 22 ust. 4.
3. W przypadku przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczonego ze skutkiem odstąpienia, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą składkę w ciągu 30 dni od dnia złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu lub odpowiednio oświadczenia Ubezpieczonego o wystąpieniu, przy czym odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub wystąpienie z umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 37 otrzymuje brzmienie:

1. SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną (zwany dalej „Klientem”) może składać skargi, zażalenia i reklamacje, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (zwane dalej łącznie „reklamacjami”).
3. Reklamacje można zgłaszać w następujących miejscach i formie:
 - a) pisemnie za pośrednictwem poczty, kuriera lub postańca na adres: SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa,
 - b) faksem na numer: 22 50 56 101,
 - c) pocztą elektroniczną: reklamacje@signal-iduna.pl,
 - d) telefonicznie, pod numerem 0 801 120 120 lub 22 50 56 506,
 - e) osobiście w siedzibie SIGNAL IDUNA (adres jak wyżej) lub Regionalnym Centrum Obsługi Ubezpieczeń (dane kontaktowe Regionalnych Centrów Obsługi Ubezpieczeń SIGNAL IDUNA podane są na stronie internetowej spółki pod adresem: www.signal-iduna.pl/signaliduna/kontakt) i na bieżąco aktualizowane.
4. Reklamacja powinna zawierać podstawowe dane kontaktowe Klienta umożliwiające identyfikację i kontakt w celu udzielenia odpowiedzi (imię i nazwisko, adres, numer umowy ubezpieczenia/polisy, której reklamacja dotyczy lub numer sprawy dotyczącej roszczenia, nadany wcześniej przez SIGNAL IDUNA).
5. Ubezpieczyciel rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie reklamacji i udzielenia odpowiedzi w tym terminie. W takiej sytuacji Ubezpieczyciel poinformuje Klienta, który złożył reklamację, o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. W przypadku niedotrzymania powyższych terminów rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą Klienta.
6. Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, a na wniosek Klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Klient może też składać skargi i zażalenia na działalność Ubezpieczyciela do Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia mogą być rozpatrywane przez sądy polubowne przy Rzeczniku Ubezpieczonych oraz Komisji Nadzoru Finansowego zgodnie z regulaminami tych sądów.

§ 43 otrzymuje brzmienie:

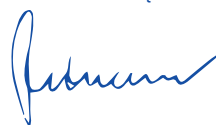
1. Ubezpieczyciel udostępnia OWU na stronie internetowej www.signal-iduna.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela nieodpłatnie w formie umożliwiającej ich pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
2. Wprowadzenie do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od OWU wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

3. Wszelkie zawiadomienia i zaświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uprawnionego i osoby składającej roszczenie w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności, za pokwitowaniem, lub przesyłane listem poleconym chyba że postanowienia OWU lub umowy ubezpieczenia dopuszczają inną formę.
4. Ubezpieczony, Ubezpieczający Uprawniony lub osoba zgłaszająca roszczenie mają obowiązek poinformować Ubezpieczyciela o zmianie adresu.
5. W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia lub innych dokumentach związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych powszechnie obowiązujących aktów prawa polskiego. Prawem właściwym w umowie ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.

II.

1. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.
2. Niniejszy Aneks nr 1 został zatwierdzony Uchwałą Nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A z dnia 28 grudnia 2015 r. i ma zastosowanie do umów zawartych od 01.01.2016 r.

Prezes Zarządu



Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu



Agnieszka Kiełbasińska

UBR/UBTR

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Gwarantowanym Zwrotem Składek oraz Ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

SPIS TREŚCI:

POSTANOWIENIA OGÓLNE	str 5	ZŁAMANIA LUB OPARZENIA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 9
DEFINICJE	str 5	POBYT W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 9
PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA	str 6	PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	str 9
OKRES UBEZPIECZENIA	str 6	ZMIANY W ROCZNICĘ POLISY	str 10
UBEZPIECZONY	str 6	SUMA UBEZPIECZENIA	str 10
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	str 6	SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	str 10
OCHRONA UBEZPIECZENIOWA	str 7	WARTOŚĆ WYKUPU	str 10
OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	str 7	UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE	str 10
ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO	str 7	INDEKSACJA	str 10
ŚWIADCZENIE Z TUTUŁU DOŻYCIA KOŃCA OKRESU UBEZPIECZENIA	str 7	UDZIAŁ W ZYSKU	str 11
ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 7	UPOSAŻONY	str 11
TRWAŁE KALECTWO UBEZPIECZONEGO		WYPŁATA ŚWIADCZENIA	str 11
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 8	ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	str 11
POWAŻNY URAZ UBEZPIECZONEGO		SPOSÓB ROZPATRYWANIA ODWOŁAŃ, SKARG I WNIOSKÓW	str 12
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 9	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	str 12

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Niniejsze Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Gwarantowanym Zwrotem Składek oraz Ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, zwane dalej „Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia”, stosuje się do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie z gwarantowanym zwrotem składek oraz ubezpieczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków zawieranych pomiędzy SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna a Ubezpieczającym.

DEFINICJE

§ 2.

Określenia użyte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oznaczają:

1. **Ubezpieczyciel** – SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna.
2. **Ubezpieczający** – osobę fizyczną lub prawną zawierającą z Ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia i zobowiązaną do opłacania składek.
3. **Ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia.
4. **Uposażony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
5. **Uprawniony** – osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, w szczególności uposażonego.
6. **Wiek Ubezpieczonego** – wiek ustalony jako różnica lat pomiędzy aktualnym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia Ubezpieczonego, określane w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia lub w kolejną rocznicę polisy.
7. **Polisa** – dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym.
8. **Rocznica polisy** – każdą kolejną rocznicę daty wskazanej w polisie, będącej początkiem okresu ubezpieczenia.
9. **Rok polisy** – okres pomiędzy początkiem okresu ubezpieczenia i pierwszą rocznicą polisy oraz pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
10. **Składka** – kwotę należną od Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia.
11. **Suma ubezpieczenia** – kwotę określoną w polisie dla każdego ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków, stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczeń.
12. **Suma wpłaconych składek** – sumę składek należnych i opłaconych przez Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
13. **Okres ubezpieczenia** – okres na jaki zawierana jest umowa ubezpieczenia, w trakcie którego Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dacie wskazanej w polisie jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki.
14. **Umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na zasadach i warunkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz polisie.
15. **Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, nieoczekiwane i nieprzewidywalne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się urazów i chorób związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi lub innymi zmianami chorobowymi, w szczególności zawału serca, wylewu krwi, udaru, krwotoku śródmózgowego, padaczki, zatrucia oraz wszelkich innych chorób i infekcji, również tych, które wystąpiły nagłe.
16. **Trwałe kalectwo** – trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, polegające na całkowitej fizycznej utracie organu lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji organu wymienionego w tabeli zamieszczonej w § 18 ust. 1 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. trwałe kalectwo uznaje się za trwałe jeśli trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy od daty jego stwierdzenia i potwierdzenia iż istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy trwałym kalectwem a nieszczęśliwym wypadkiem oraz jeśli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną taki stan nie ulegnie poprawie w przyszłości.
17. **Poważny Uraz** – trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem, polegające na częściowej fizycznej utracie organu lub częściowej i nieodwracalnej utracie funkcji organu wymienionego w tabeli zamieszczonej w § 18 ust. 1 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Poważny uraz uznaje się za trwały jeśli trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy od daty jego stwierdzenia i potwierdzenia iż istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poważnym urazem a nieszczęśliwym wypadkiem oraz jeśli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną taki stan nie ulegnie poprawie w przyszłości.
18. **Pobyt w szpitalu** – pozostawanie Ubezpieczonego w szpitalu przez okres co najmniej kolejnych 3 dni z powodu uszkodzenia ciała spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.
19. **Szpital** – działający zgodnie z przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, prowadzący lecnicztwo zamknięte, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) posiada zezwolenie na prowadzenie szpitala na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydane zgodnie z przepisami prawa polskiego,
 - 2) posiada wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską,
 - 3) posiada odpowiedni sprzęt medyczny i zdolność do wykonywania zabiegów chirurgicznych,

- 4) zapewnia całodobową opiekę pielęgniarską i lekarską w specjalnie przygotowanych do tego celu pomieszczeniach.
- Za szpital w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, hospicjum, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodka leczenia uzależnień od narkotyków, alkoholu, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, a także jakiegokolwiek ośrodka rehabilitacyjnego, rekonwalescencyjnego czy też szpitala uzdrowiskowego lub rehabilitacyjnego.
20. **Złamanie** – całkowite przerwanie ciągłości kości potwierdzone badaniami diagnostycznymi, w tym badaniem rentgenowskim oraz przez lekarza. Złamania wieloodłamowe tej samej kości traktowane są jako jedno złamanie. Za złamanie w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie uznaje się pęknięcia kości oraz częściowego przerwania ciągłości kości.
 21. **Oparzenie** – głębokie termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie skóry co najmniej drugiego stopnia (IIB). Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte oparzenia wywołane ekspozycją na promienie słoneczne, promieniowanie RTG, promieniowanie UV, promieniowanie radioaktywne. Rozległość oparzenia ustalana jest przez lekarza konsultanta powołanego przez Ubezpieczyciela według „Reguły dziesiątek - Wallace'a” lub tabeli Lunda i Browdera.
 22. **Data zawarcia umowy Ubezpieczenia** – dzień doręczenia Ubezpieczającemu polisy.
 23. **Akt przemocy** – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniwala ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez osobę, przez co swoboda woli tej osoby - w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej - zostaje ograniczona,
 24. **Akt terroru** – dokonanie lub groźba, lub usiłowanie dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo pozbawieniu wolności, bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, chemicznych, biologicznych lub radiologicznych, wszelkich przedmiotów lub narzędzi, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu.
 25. **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych takich jak: samodzielne mycie się, samodzielne ubieranie się, samodzielne poruszanie się (w tym poruszanie się na wózku inwalidzkim), samodzielne korzystanie z toalety i wykonywanie czynności higienicznych.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe które wystąpiły w okresie ubezpieczenia:
 - 1) dożycie przez Ubezpieczonego końca okresu ubezpieczenia,
 - 2) śmierć Ubezpieczonego,
 - 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) trwałe kalectwo Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) poważny uraz Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) złamanie lub oparzenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 4.

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas oznaczony.
2. Długość okresu ubezpieczenia jest ustalona przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w granicach określonych przez Ubezpieczyciela.

UBEZPIECZONY

§ 5.

1. Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ma ukończony 1. rok życia lecz nie przekroczyła 55. roku życia oraz na koniec okresu ubezpieczenia nie przekroczy 70. roku życia.
2. W przypadku gdy Ubezpieczonym jest osoba niepełnoletnia, Ubezpieczającym musi być osoba pełnoletnia.

3. Ubezpieczonym nie może być osoba wykonująca we wnioskowanej dacie rozpoczęcia ochrony jeden z zawodów objętych wyłączeniem odpowiedzialności, o którym mowa w § 13 ust. 1. pkt 15) niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczonym w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia nie może być również osoba chora na zapalenie opon mózgowych, dotknięta epilepsją, chora na hemofilię, osoba posiadająca orzeczoną na podstawie dokumentacji medycznej 25% lub większy uszczerbek na zdrowiu oraz osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6.

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta po:
 - 1) Złożeniu przez Ubezpieczającego poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela,
 - 2) Złożeniu wszystkich wymaganych przez Ubezpieczyciela dokumentów, o które zapytywał w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - 3) Zaakceptowaniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela,
 - 4) wpłaceniu przez Ubezpieczającego pierwszej składki na właściwy rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia może zostać uzależnione od wyników badań medycznych i analiz laboratoryjnych Ubezpieczonego wykonanych w ramach oceny ryzyka ubezpieczeniowego, świadczących o stanie zdrowia Ubezpieczonego. Badania, o których mowa powyżej, przeprowadzane są w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i na jego koszt.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wszelkich informacji mogących mieć wpływ na podjęcie przez Ubezpieczyciela decyzji o zaakceptowaniu ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczający i Ubezpieczony w okresie od złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia do podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji odnośnie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego mają obowiązek informowania Ubezpieczyciela o zmianie stanu zdrowia Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia lub do zaproponowania nowych, odmiennych warunków umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu całą wpłaconą składkę.

§ 7.

1. Umowa ubezpieczenia jest zawarta z dniem doręczenia Ubezpieczającemu polisy.
2. Jeżeli treść polisy zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel przy doręczeniu polisy zwróci pisemnie Ubezpieczającemu uwagę na zachodzące różnice. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od dnia doręczenia polisy nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, to następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do zgłoszenia sprzeciwu umowa ubezpieczenia jest zawarta na warunkach zgodnych z treścią polisy.
3. Jeżeli Ubezpieczający zgłosi sprzeciw, o którym mowa w ust. 2, umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, a Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu całą wpłaconą składkę, o ile Ubezpieczyciel i Ubezpieczający nie umówią się inaczej.

§ 8.

W razie zagubienia lub zniszczenia polisy Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczającego może wystawić duplikat polisy.

§ 9.

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są informować Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach obejmujących ich dane oraz dane uprawnionego w zakresie danych osobowych lub adresowych.
2. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski dotyczące umowy ubezpieczenia, składane są wyłącznie na piśmie, pod rygorem nieważności.
3. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski dotyczące umowy ubezpieczenia składane przez Ubezpieczyciela mogą być dostarczane drogą elektroniczną, o ile Ubezpieczyciel, Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony tak postanowią.

4. Wszelka korespondencja przekazywana od Ubezpieczyciela do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego uważa się za skutecznie doręczoną w przypadku wystania jej na ostatni posiadany przez Ubezpieczyciela adres.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 10.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu określonym w polisie, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu opłacenia przez Ubezpieczającego pierwszej składki z tytułu umowy ubezpieczenia w pełnej wysokości.

OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11.

1. Podanie przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie 2 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia,

§ 12.

1. Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego kalectwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz poważnego urazu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie są objęte umową ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego lub trwałe kalectwo Ubezpieczonego lub poważny uraz Ubezpieczonego nastąpiły po upływie 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczenie z tytułu trwałego kalectwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub z tytułu poważnego urazu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie przysługuje jeżeli powstały one wskutek jakiegokolwiek choroby lub Ubezpieczony w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku zmarł w ciągu 7 dni od daty jego zaistnienia.

§ 13.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów lub udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych o niebezpiecznym charakterze takim jak: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, sporty balonowe, nurkowanie, skoki i upadki z wysokości, sporty lotnicze i paralotnicze, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki,
 - 2) zawodowego uprawiania sportu,
 - 3) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów przy użyciu sprzętu lub narzędzi nie spełniających wymogów bezpieczeństwa w szczególności nie posiadających atestów,
 - 4) udziału Ubezpieczonego w charakterze uczestnika w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, morskich, powietrznych lub w przygotowaniach do nich,
 - 5) udziału Ubezpieczonego w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa,
 - 6) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub aktach terroru, zamieszkach, powstaniach lub przewrotach wojskowych,
 - 7) wojny, stanu wyjątkowego, działań wojennych lub stanu wojennego; do działań wojennych zalicza się również m. in. działania w ramach wojskowych misji pokojowych (w tym tzw. „kontyngentów”) oraz w ramach sił stabilizacyjnych i innych działań jednostek wojskowych także poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 8) wypadku lotniczego, o ile Ubezpieczony był w chwili wypadku pasażerem nielicencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) działania lub zaniechania działania Ubezpieczonego pozostającego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających lub narkotyków,
 - 10) nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub niezleconego przez lekarza użycia leków przez Ubezpieczonego,
 - 11) umyślnego samouszkodzenia ciała,
 - 12) choroby układu nerwowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego,

- 13) obrażeń ciała doznanych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- 14) prowadzenia pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień,
- 15) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy:
 - w przemyśle chemicznym, wydobywczym, metalurgicznym (odlewnie, stalownie, huty, walcownie), zbrojeniowym, energetycznym, gazowniczym, drzewnym
 - strażaka, policjanta, żołnierza zawodowego, ochroniarza pracującego z bronią, pracownika służb ratunkowych,
 - sapersa, pirotechnika, pracy związanej z narażeniem na oddziaływanie materiałów wybuchowych, substancji chemicznych, radioaktywnych, rakotwórczych,
 - na wysokości powyżej 5 metrów, pod ziemią lub w tunelu, pracy z urządzeniami pod wysokim napięciem,
 - kaskadera, akrobata, artysty cyrkowego, tresera drapieżnych zwierząt, nurka, personelu statków powietrznych, marynarza, rybaka.

2. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony jest zobowiązany do wypełnienia obowiązków, o których mowa w § 22 ust. 5. niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć, jeśli Ubezpieczony umyślnie nie dopełnił ciężącym na nim obowiązków.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

§ 14.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci Uprawnionemu: wartość wykupu powiększoną o wartość rachunku zysków dodatkowych, o których mowa w § 28 i § 31 nie mniej jednak niż 1000 zł.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU DOŻYCIA KOŃCA OKRESU UBEZPIECZENIA

§ 15.

1. W przypadku dożycia przez Ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu:
 - 1) Sumę wpłaconych składek lub jej część w zależności od wariantu ubezpieczenia określonego w polisie, a jeżeli umowa została przekształcona w umowę bezskładkową – sumę ubezpieczenia bezskładkowego, o której mowa w § 29, ust. 2,
 - 2) Wartość rachunku zysków dodatkowych, o którym mowa w § 31 (o ile wartość ta jest wyższa niż zero).

§ 16.

Wypłata świadczenia z tytułu trwałego kalectwa, poważnego urazu, złamania lub oparzenia oraz pobytu w szpitalu nie powoduje obniżenia świadczeń, o których mowa w § 14 i 15.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 17.

1. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Uprawnionemu oprócz świadczeń wymienionych w § 14 dodatkowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku określonej w polisie.
2. Jeśli wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku prowadzącego do śmierci Ubezpieczonego w ciągu 12 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku zostało wypłacone świadczenie z tytułu trwałego kalectwa lub poważnego urazu, Ubezpieczyciel pomniejszy wysokość świadczenia, o którym mowa w ust. 1 o kwotę świadczenia z tytułu trwałego kalectwa lub poważnego urazu.

TRWAŁE KALECTWO UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 18.

1. Jeżeli Ubezpieczony dozna trwałego kalectwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku polegającego na trwałej i całkowitej utracie narządu lub zmysłu albo trwałej i całkowitej utracie funkcji narządu wymienionych w poniższej tabeli, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu kwotę świadczenia równą określonej w poniższej tabeli procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego kalectwa:

Całkowita utrata zmysłu:		Stopień kalectwa	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
1.	Wzroku w obu oczach	100%	400%
2.	Wzroku w jednym oku	50%	100%
3.	Słuchu w obu uszach	60%	160%
4.	Słuchu w jednym uchu	30%	40%
5.	Zmysłu węchu	10%	10%
6.	Zmysłu smaku	5%	5%
Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:		Stopień kalectwa	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
7.	Kończyną górną - w stawie barkowym	70%	220%
8.	Kończyną górną - powyżej stawu łokciowego, a poniżej stawu barkowego	65%	190%
9.	Kończyną górną - poniżej stawu łokciowego, a powyżej nadgarstka	60%	160%
10.	Kończyną górną - poniżej nadgarstka	55%	130%
11.	Kończyną dolną - powyżej środkowej części uda	70%	220%
12.	Kończyną dolną - poniżej środkowej części uda, a powyżej stawu kolanowego	60%	160%
13.	Kończyną dolną - poniżej stawu kolanowego, a powyżej środkowej części (podudzia)	50%	100%
14.	Kończyną dolną - poniżej środkowej części (podudzia) a powyżej stopy	45%	85%
15.	Kończyną dolną - stopą	40%	70%
16.	Kończyną dolną - stopą z wyłączeniem pięty	30%	40%
Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:		Stopień kalectwa	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
17.	Kciuka	20%	20%
18.	Palca wskazującego	10%	10%
19.	Innego palca u ręki	5%	5%
20.	Palucha	5%	5%
21.	Innego palca u stopy	2%	2%
22.	Wszystkich palców u stopy	25%	25%

2. Wysokość świadczenia z tytułu trwałego kalectwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku ustalana jest na podstawie poniżej tabeli progresji jako odpowiedni procent sumy ubezpieczenia, w zależności od stopnia powstałego kalectwa:

Stopień kalectwa	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia	Stopień kalectwa	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia	Stopień kalectwa	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia	Stopień kalectwa	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
1%	1%	26%	28%	51%	106%	76%	256%
2%	2%	27%	31%	52%	112%	77%	262%
3%	3%	28%	34%	53%	118%	78%	268%
4%	4%	29%	37%	54%	124%	79%	274%
5%	5%	30%	40%	55%	130%	80%	280%
6%	6%	31%	43%	56%	136%	81%	286%
7%	7%	32%	46%	57%	142%	82%	292%
8%	8%	33%	49%	58%	148%	83%	298%
9%	9%	34%	52%	59%	154%	84%	304%
10%	10%	35%	55%	60%	160%	85%	310%
11%	11%	36%	58%	61%	166%	86%	316%
12%	12%	37%	61%	62%	172%	87%	322%
13%	13%	38%	64%	63%	178%	88%	328%
14%	14%	39%	67%	64%	184%	89%	334%
15%	15%	40%	70%	65%	190%	90%	340%
16%	16%	41%	73%	66%	196%	91%	346%
17%	17%	42%	76%	67%	202%	92%	352%
18%	18%	43%	79%	68%	208%	93%	358%
19%	19%	44%	82%	69%	214%	94%	364%
20%	20%	45%	85%	70%	220%	95%	370%
21%	21%	46%	88%	71%	226%	96%	376%
22%	22%	47%	91%	72%	232%	97%	382%
23%	23%	48%	94%	73%	238%	98%	388%
24%	24%	49%	97%	74%	244%	99%	394%
25%	25%	50%	100%	75%	250%	100%	400%

3. W przypadku nieszczęśliwego wypadku powodującego powstanie trwałego kalectwa w odniesieniu do kilku narządów lub zmysłów wysokość wypłacanego świadczenia stanowi sumę świadczeń ustalonych dla każdego narządu lub zmysłu osobno.
4. W przypadku, gdy roszczenie z tytułu trwałego kalectwa dotyczy narządu lub zmysłu Ubezpieczonego, dla którego przez zajęciem nieszczęśliwego wypadku stopień kalectwa lub stopień poważnego urazu nie był zerowy, Ubezpieczyciel wypłaci kwotę świadczenia odpowiadającą różnicy stopnia kalectwa po zajściu nieszczęśliwego wypadku i stopnia kalectwa lub stopnia poważnego urazu istniejącego przed zajściem nieszczęśliwego wypadku.
5. Wysokość świadczenia z tytułu trwałego kalectwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku zostanie pomniejszona o kwotę wypłaconego wcześniej świadczenia z tytułu poważnego urazu jeśli dotyczy on tego samego nieszczęśliwego wypadku oraz tego samego narządu lub zmysłu.
6. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu trwałego kalectwa nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Wcześniejsza wypłata świadczenia jest możliwa jedynie w przypadku trwałego kalectwa polegającego na całkowitej fizycznej utracie narządów wymienionych w ust. 1.
7. Orzeczenie z tytułu jednego zdarzenia łącznego stopnia kalectwa w wysokości co najmniej 100% powoduje wygaśnięcie ochrony z tytułu trwałego kalectwa.
8. Łączna suma świadczeń z tytułu trwałego kalectwa w całym okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć 400% sumy ubezpieczenia.

POWAŻNY URAZ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 19.

- Jeżeli Ubezpieczony dozna poważnego urazu w wyniku nieszczęśliwego wypadku polegającego na częściowej utracie narządu lub zmysłu albo częściowej utracie funkcji narządu wymienionego w tabeli zawartej w § 18 ust. 1 wówczas Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu kwotę świadczenia równą iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego urazu przez stopień poważnego urazu wyrażony w procentach.
- Stopień poważnego urazu będzie ustalany przez lekarza powołanego przez Ubezpieczyciela jako odpowiednia część stopnia kalectwa określonego w tabeli zawartej w § 18 ust. 1 w zależności od stopnia upośledzenia funkcji danego narządu lub zmysłu.
- W przypadku nieszczęśliwego wypadku powodującego powstanie poważnego urazu w odniesieniu do kilku narządów lub zmysłów łączny stopień poważnego urazu jest sumą stopni poważnego urazu wyznaczonych dla każdego narządu lub zmysłu osobno.
- Ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia objęte są poważne urazy, których łączny stopień wynosi co najmniej 20%.
- W przypadku, gdy roszczenie z tytułu poważnego urazu dotyczy narządu lub zmysłu Ubezpieczonego, dla którego stopień poważnego urazu przez zajęciem nieszczęśliwego wypadku nie był zerowy, wysokość powstałego poważnego urazu ustala się jako różnica stopnia poważnego urazu po i przed zajęciem nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu poważnego urazu nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Wcześniejsza wypłata świadczenia jest możliwa jedynie w przypadku poważnego urazu polegającego na częściowej fizycznej utracie narządów wymienionych w § 18 ust. 1.
- Orzeczenie z tytułu jednego zdarzenia łącznego stopnia poważnego urazu w wysokości co najmniej 100% powoduje wygaśnięcie ochrony z tytułu poważnego urazu.
- Łączna suma świadczeń z tytułu poważnego urazu w całym okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego urazu.

ZŁAMANIA LUB OPARZENIA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 20

- Jeżeli Ubezpieczony dozna złamania lub oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu kwotę świadczenia równą określonemu w poniższych tabelach procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu złamań lub oparzeń.
- Wysokość świadczenia z tytułu złamania w zależności od rodzaju złamania wynosi:

Rodzaj złamania	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia z tytułu złamań lub oparzeń
Złamanie kręgosłupa z uszkodzeniem rdzenia kręgowego	100%
Złamania kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej, kości ogonowej), złamania kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasada bliższa kości udowej, krętarze, złamanie pod- i przedkrętarzowe)	30%
Złamanie kości podstawy i sklepienia czaszki, złamanie łopatki, kości udowej, kości ramiennej	15%
Złamanie kości przedramienia, podudzia	10%
Złamanie kości: twarzoczaszki, zuchwy, obojczyka rzepki, kości skokowej, piętowej	7,5%
Złamanie kości żeber, mostka, kości ogonowej, łonowej, kulszowej, wyrostków ościstych i poprzecznych kręgosłupa, kości śródstopia i śródreżca, nadgarstka	6%
Złamanie kości palców lub dłoni lub stopy	3%

- Wysokość świadczenia z tytułu oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku w zależności od rozległości oparzenia wynosi:

Rozległość oparzenia	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia z tytułu złamań lub oparzeń
oparzenia obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	100%
oparzenia obejmujące 21% - 30% powierzchni ciała	50%
oparzenia obejmujące 11% - 20% powierzchni ciała	25%
oparzenia obejmujące 5% - 10% powierzchni ciała	12,5%

- Łączna kwota świadczeń z tytułu złamań lub oparzeń w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku 100% sumy ubezpieczenia z tytułu złamań lub oparzeń oraz 200% sumy ubezpieczenia z tytułu złamań lub oparzeń w trakcie całego okresu ubezpieczenia.

POBYT W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 21.

- Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku, konieczna będzie hospitalizacja Ubezpieczonego trwająca nieprzerwanie co najmniej 3 kolejne dni, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe iloczynowi długości pobytu w szpitalu w dniach (opisanej poniżej w ust. 2) oraz 1% sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu.
- Długość pobytu w szpitalu ustalana jest w oparciu o każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony poddany był leczeniu szpitalnemu, przy czym dzień przyjęcia do szpitala i dzień wypisu ze szpitala liczone są razem jako jeden dzień.
- Minimalna długość pobytu w szpitalu, z tytułu której Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, wynosi 3 dni, a maksymalna odpowiednio 90 dni z tytułu konieczności pobytu w szpitalu w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku jednak nie dłużej niż za 180 dni w ciągu każdego Roku Polisowego z tytułu wszystkich nieszczęśliwych wypadków.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

§ 22.

- Ubezpieczającym, o ile nie zostanie to inaczej określone we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jest Ubezpieczony.
- Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składki w terminach i na warunkach określonych w polisie.
- Jeżeli po upływie 2 lat od daty rozpoczęcia okresu ubezpieczenia Ubezpieczający, nie będący jednocześnie Ubezpieczonym, zaprzestanie opłacania składek, Ubezpieczyciel niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego i zaproponuje Ubezpieczonemu przejęcie praw i obowiązków Ubezpieczającego. Ubezpieczający zawierając umowę ubezpieczenia wyraża zgodę na przejęcie wszelkich praw i obowiązków Ubezpieczającego wynikających z umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, w przypadku zajścia okoliczności o których mowa w zdaniu powyżej.
- W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku objętego odpowiedzialnością w ramach umowy ubezpieczenia Ubezpieczony obowiązany jest zastosować wszelkie dostępne środki w celu zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczony zobowiązany jest w szczególności:
 - niezwłocznie zawiadomić Ubezpieczyciela o zaistniałym nieszczęśliwym wypadku. Zgłoszenie szkody z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Zgłoszenia tego może dokonać Ubezpieczony lub osoba przez niego upoważniona pisemnie,
 - poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - do rzetelnego wypełnienia formularza zgłoszenia roszczenia i niezwłocznego przesłania go do Ubezpieczyciela,
 - zwołać lekarzy leczących Ubezpieczonego z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz zezwolić na udostępnienie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia dla Ubezpieczyciela.

- 5) poddać się badaniom lekarskim zleconym przez Ubezpieczyciela w celu ustalenia prawa do świadczenia.
 - 6) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień,
 - 7) powiadomić Ubezpieczyciela o zakończeniu procesu leczenia powypadkowego łącznie z rehabilitacją.
- 4) okresu ubezpieczenia,
 - 5) wyników oceny ryzyka w momencie zawierania umowy ubezpieczenia,
 - 6) okresu, jaki upłynął od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 7) trybu płatności składki.

ZMIANY W ROCZNICĘ POLISY

§ 23.

1. W rocznicę polisy Ubezpieczający, za zgodą i w granicach ustalonych przez Ubezpieczyciela, może zmienić częstotliwość opłacania składki,
2. Najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy Ubezpieczający może złożyć Ubezpieczycielowi oświadczenie woli o dokonaniu zmian, o których mowa w ust. 1, na formularzu wskazanym przez Ubezpieczyciela.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 24.

Sumy ubezpieczenia dla poszczególnych ryzyk objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej określone są w polisie.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 25.

1. Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Składka nie może być opłacona jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.
2. Wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w dacie spisania przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Składkę uważa się za zapłaconą z chwilą jej wpływu w wysokości określonej w polisie na właściwy rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczający obowiązany jest do zapłaty składki z góry, najpóźniej do pierwszego dnia okresu, za który jest należna.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci składki w terminie określonym w ust. 4, Ubezpieczyciel poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego wyznaczając mu dodatkowy termin na opłacenie składki. Jeżeli Ubezpieczający pomimo uprzedniego wezwania, nie opłaci składki w dodatkowym terminie umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.

§ 26.

Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy w zależności od określonych w umowie ubezpieczenia sum ubezpieczenia dla poszczególnych ryzyk w zakresie ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, płci i wieku Ubezpieczonego oraz wyników oceny ryzyka.

§ 27.

1. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ustala częstotliwość opłacania składki.
2. Obowiązek opłacania składek ustaje:
 - 1) z chwilą opłacenia ostatniej składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - 2) z końcem okresu, za który opłacona została składka, jeżeli w okresie tym Ubezpieczony zmarł,
 - 3) z upływem okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

WARTOŚĆ WYKUPU

§ 28.

1. Ubezpieczającemu po upływie pierwszych 2 lat okresu ubezpieczenia przysługuje prawo do wypłaty wartości wykupu.
2. Wartość wykupu określana jest w zależności od:
 - 1) sumy ubezpieczenia,
 - 2) płci Ubezpieczonego,
 - 3) aktualnego Wiek Ubezpieczonego rozumianego jako wiek Ubezpieczonego w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, powiększony o liczbę pełnych lat, jaka upłynęła od chwili zawarcia umowy ubezpieczenia,

3. Wartość wykupu w kolejnych latach okresu ubezpieczenia określana jest w polisie.
4. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę wartości wykupu, Ubezpieczyciel wypłaci kwotę odpowiadającą wartości wykupu, pomniejszoną o składki należne ale nie zapłacone.
5. Ubezpieczyciel wypłaca wartość wykupu w terminie 30 dni od otrzymania wypełnionych zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę wartości wykupu,
 - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej.
6. Ubezpieczyciel jednocześnie z wartością wykupu wypłaca wartość rachunku zysków dodatkowych, o którym mowa w § 31 (o ile wartość ta jest wyższa niż zero).

UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 29.

1. Po upływie pierwszych 2 lat okresu ubezpieczenia oraz pod warunkiem opłacenia wszystkich składek należnych za ten okres, Ubezpieczający może złożyć wniosek o zmianę umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego (ubezpieczenie bezskładkowe). Zmiana umowy ubezpieczenia możliwa jest po wyrażeniu zgody przez Ubezpieczyciela.
2. Zmiana umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe dotyczy zwolnienia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek, przekształcenia umowy ubezpieczenia na umowę na życie i dożycie oraz ponownego ustalenia sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia końca okresu ubezpieczenia.
3. Z dniem dokonania zamiany umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego wygasa ochrona z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków.
4. Jeżeli suma ubezpieczenia bezskładkowego jest niższa od minimalnej sumy ubezpieczenia Bezskładkowego określonej w polisie, Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o tym fakcie oraz o możliwości rozwiązania umowy ubezpieczenia i wypłaty Ubezpieczającemu wartości wykupu wraz z wartością rachunku zysków dodatkowych, o którym mowa w § 31 (o ile wartość ta jest wyższa niż zero), zgodnie z postanowieniami § 28.
5. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczającemu przysługuje prawo do udziału w zysku oraz do wypłaty wartości wykupu wraz z wartością rachunku zysków dodatkowych, o którym mowa w § 31 (o ile wartość ta jest wyższa niż zero).
6. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczyciel może wyrazić zgodę na wznowienie opłacania składek przez Ubezpieczającego na warunkach uzgodnionych przez strony umowy ubezpieczenia, jeżeli nie minął okres 12 miesięcy od daty zmiany umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust.1 i 2.

INDEKSACJA

§ 30

1. W każdą rocznicę polisy Ubezpieczającemu przysługuje prawo do Indeksacji, czyli podwyższenia sumy ubezpieczenia o wskaźnik zaproponowany przez Ubezpieczyciela bez konieczności poddawania się dodatkowym badaniom lekarskim ani wykonywania analiz laboratoryjnych. Indeksacja sumy ubezpieczenia oznacza wzrost składki.
2. Indeksacja sumy ubezpieczenia nie jest dokonywana w trakcie ostatnich 10 lat okresu ubezpieczenia.
3. W terminie nie później niż 30 dni przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o wysokości wskaźnika indeksacji, sumy ubezpieczenia oraz składki na rok następny.
4. Wskaźnik indeksacji jest ustalany przez Ubezpieczyciela w oparciu o wskaźnik inflacji publikowany przez Główny Urząd Statystyczny.
5. Brak pisemnego sprzeciwu Ubezpieczającego doręczonego Ubezpieczycielowi nie później niż 14 dni przed rocznicą polisy uważa się za wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia o zaproponowany przez Ubezpieczyciela wskaźnik indeksacji.
6. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu w stosunku do indeksacji w dwóch kolejnych latach prawo Ubezpieczającego do indeksacji wygasa.

7. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może wybrać wariant indeksacji z gwarantowanym minimalnym poziomem wskaźnika indeksacji. Decyzja o wyborze wariantu indeksacji nie może zostać zmieniona w trakcie okresu ubezpieczenia.
8. Prawo do indeksacji nie przysługuje w trakcie ubezpieczenia bezskładkowego.

UDZIAŁ W ZYSKU

§ 31.

1. Udział w zysku jest przeznaczany na powiększenie wartości rachunku zysków dodatkowych; wartość rachunku zysków dodatkowych zostanie wypłacona w przypadku dożycia przez Ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia oraz w sytuacji i trybie określonym w par § 31, ust 6-8.
2. Stopa zysku osiągniętego przez Ubezpieczyciela jest równa stopie zwrotu z aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, ustalonej corocznie z uwzględnieniem kosztów działalności lokacyjnej.
3. Kwota przyznanego corocznie udziału w zysku jest sumą:
 - różnicy pomiędzy:
 - co najmniej 85% zysku z zainwestowanych aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych (bez rezerwy na udział w zysku) przypadających dla danej umowy ubezpieczenia, a
 - zyskiem gwarantowanym na poziomie technicznej stopy procentowej, jeśli obliczona różnica jest dodatnia,
 - co najmniej 85% zysku z zainwestowania aktywów stanowiących pokrycie rezerwy na przyznany udział w zysku, przypadającej dla danej umowy ubezpieczenia.
4. Kwota przyznanego udziału w zysku powiększa wartość rachunku zysków dodatkowych.
5. Każdorazowo, po przyznaniu Ubezpieczającemu udziału w zysku, Ubezpieczyciel poinformuje o wysokości przyznanego udziału w zysku i aktualnej wysokości świadczeń w zawiadomieniu wystosowanym do Ubezpieczającego.
6. Po upływie pierwszych 10 lat okresu ubezpieczenia, jeśli okres ten wynosi co najmniej 15 lat, na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczający może złożyć wniosek o wypłatę części lub całości wartości rachunku zysków dodatkowych, o którym mowa w ust. 1 (o ile wartość ta jest wyższa niż zero).
7. Minimalna wartość wypłaty z rachunku zysków dodatkowych wynosi 1000 zł.
8. Wypłaty z rachunku zysków dodatkowych nie mogą następować częściej, niż co 5 lat.

UPOSAŻONY

§ 32.

1. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie zmienić Uposażonego, informując o tym na piśmie Ubezpieczyciela.
3. W razie śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca należne świadczenie Uposażonemu.

§ 33.

1. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub gdy wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego albo utracili prawo do świadczenia, wówczas świadczenie przysługuje według kolejności pierwszeństwa:
 - 1) małżonkowi Ubezpieczonego – w całości,
 - 2) dzieciom Ubezpieczonego – w równych częściach,
 - 3) rodzicom Ubezpieczonego – w równych częściach,
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego.
2. Do świadczenia nie ma prawa osoba, któraумыślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 34.

1. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia na formularzu Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni poinformuje pisemnie Ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia o przyjęciu wniosku oraz przedstawi wykaz dodatkowych dokumentów jeśli są one niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia.

2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po otrzymaniu wypełnionych zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) formularza zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej oraz dokumentów o których mowa w ustępie 1.
3. Jeżeli wniosek o wypłatę oświadczenia dotyczy świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, osoba uprawniona obowiązana jest dodatkowo przedstawić Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - 1) uwierzytelnioną kopię karty statystycznej do karty zgonu Ubezpieczonego lub uwierzytelnioną kopię zaświadczenia lekarskiego o przyczynie śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) oryginał skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego oraz dokumenty o których mowa w ustępie 2.
4. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego lub nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego nastąpiły za granicą, karta statystyczna do karty zgonu powinna być uwierzytelniona przez polską placówkę dyplomatyczną,
5. Jeżeli wniosek o wypłatę świadczenia dotyczy świadczenia z tytułu trwałego kalectwa, poważnego urazu, złamania lub oparzenia albo pobytu w szpitalu, to Ubezpieczony obowiązany jest, oprócz dokumentów, o których mowa w ust. 2, dodatkowo dostarczyć:
 - 1) formularz zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentację medyczną potwierdzającą trwałe kalectwo, poważny uraz, złamanie lub oparzenie Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) kartę wypisu ze szpitala potwierdzającą przyczynę, długość i termin pobytu w szpitalu.
6. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki tych badań.
7. Ubezpieczyciel ponosi koszty zleconych przez siebie badań.
8. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 6, określające stan zdrowia Ubezpieczonego stanowią podstawę do podjęcia decyzji w sprawie wypłaty świadczenia.

§ 35.

1. Ubezpieczyciel ma prawo żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów i informacji potwierdzających zasadność zgłoszonego roszczenia.
2. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, wówczas Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie uprawnionego w terminach, o których mowa poniżej.
3. Ubezpieczyciel spełni świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia wraz ze wszystkimi wymaganymi do ustalenia odpowiedzialności dokumentami
4. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia jest niemożliwe, uprawniony zostanie poinformowany o tym fakcie pisemnie ze wskazaniem przyczyn niemożności spełnienia świadczenia w 30. dniowym terminie. Decyzja o przysługującym świadczeniu lub o odmowie uznania roszczenia jest podejmowana najpóźniej w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.
5. Bezsportną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 3.

§ 36.

W razie nieprzedłożenia wymaganych dokumentów, wysokość świadczenia wypłacanego przez Ubezpieczyciela może ulec odpowiedniemu obniżeniu lub Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wypłaty świadczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 37.

1. Ubezpieczający będący osobą fizyczną, może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba prawna w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą składkę w ciągu 30 dni od dnia złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu.

§ 38.

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie w każdym czasie z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

2. W razie złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia, ma on obowiązek opłacenia składki za okres wypowiedzenia.
3. W przypadku wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia
 - 1) przed upływem pierwszych 2 lat okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie zwraca żadnych kwot,
 - 2) po upływie pierwszych 2 lat okresu ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia należnych składek z ten okres, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczającemu wartość wykupu oraz wartość rachunku zysków dodatkowych, o którym mowa w § 31 (o ile wartość ta jest wyższa niż zero) w terminie określonym w § 35 ust. 3.

§ 39.

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w przypadku wystąpienia którejkolwiek z niżej wymienionych przesłanek:
 - 1) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia,
 - 2) wypłaty wartości wykupu – z chwilą wypłaty,
 - 3) nieopłacenia składki w dodatkowym terminie pomimo uprzedniego wezwania,
 - 4) upłynięcia okresu ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia,
 - 5) z dniem śmierci Ubezpieczonego.

SPOSÓB ROZPATRYWANIA ODWOŁAŃ, SKARG I WNIOSEK

§ 40.

1. Od merytorycznej decyzji Ubezpieczyciela w sprawie wysokości przyznanego świadczenia lub odmowy przyznania świadczenia, uprawnionemu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Odwołania są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony, w innych sprawach niż opisane w ust 1, mogą zgłaszać do Ubezpieczyciela skargi i zażalenia.
4. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania a o sposobie ich rozpatrzenia Ubezpieczyciel informuje niezwłocznie po ich rozpatrzeniu.
5. O zakwalifikowaniu otrzymanego pisma jako odwołanie bądź skarga lub zażalenie decyduje Ubezpieczyciel po analizie treści otrzymanego pisma.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 41.

Wszelkie podatki i opłaty związane z umową ubezpieczenia ponoszone są przez Stronę umowy zgodnie z przepisami prawa. Opodatkowanie świadczeń jest uregulowane przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 ze zmianami) oraz ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654, ze zmianami).

§ 42.

Dokonanie przez Ubezpieczającego cesji praw wynikających z umowy ubezpieczenia wymaga zgody Ubezpieczyciela. Cesja praw wynikających z umowy ubezpieczenia staje się skuteczna wobec Ubezpieczyciela jeżeli została dokonana przez Ubezpieczającego po uzyskaniu pisemnej zgody Ubezpieczyciela na dokonanie cesji.

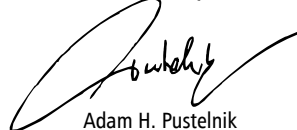
§ 43.

1. Strony mogą wprowadzić do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmiennie od ustalonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa.
3. Ewentualne spory powstałe w związku z umową ubezpieczenia rozstrzygane będą przez sąd właściwy miejscowo dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 44.


Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. nr 11/Z/2011 z dnia 17 marca 2011 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 17 marca 2011 r.

Prezes Zarządu



Adam H. Pustelnik

Wiceprezes Zarządu



Jürgen Reimann

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 31
infolinia 22 505 65 06

www.signal-iduna.pl
Rzecznik Finansowy – www.rf.gov.pl