

# Acti FINANSE 3

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie

- OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA  
NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU\_AF3 str. 12
- OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA  
NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY\_AF3 str. 16

# OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ACTI FINANSE 3

## PREAMBUŁA

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia regulują stosunek ubezpieczenia pomiędzy MACIF Życie Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym oraz Uposażonymi z tytułu Umowy ubezpieczenia Acti FINANSE 3.

## SPIS TREŚCI

<b>DEFINICJE</b>	str. 3
<b>Rozdział I: PRZEDMIOT ORAZ ZAKRES UBEZPIECZENIA</b>	str. 4
Artykuł 1: Przedmiot ubezpieczenia	
Artykuł 2: Zakres ubezpieczenia	
Artykuł 3: Zdarzenie ubezpieczeniowe	
Artykuł 4: Czas trwania odpowiedzialności	
<b>Rozdział II: WARUNKI ZAWARCIA UMOWY</b>	str. 4
Artykuł 5: Warunki zawarcia Umowy	
Artykuł 6: Warunki akceptacji ryzyka	
<b>Rozdział III: ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA</b>	str. 5
Artykuł 7: Wyłączenie odpowiedzialności	
Artykuł 8: Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa	
<b>Rozdział IV: PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY</b>	str. 5
Artykuł 9: Odstąpienie od Umowy i wypowiedzenie Umowy	
Artykuł 10: Wskazanie Uposażonych	
Artykuł 11: Stosowanie przez Towarzystwo zapisów dotyczących Uposażonego	
Artykuł 12: Odmowa wypłaty Świadczenia	
Artykuł 13: Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	
Artykuł 14: Postanowienia ogólne dotyczące Towarzystwa	
<b>Rozdział V: USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA</b>	str. 7
Artykuł 15: Ustalenie Sumy ubezpieczenia i wysokości Świadczenia	
<b>Rozdział VI: USTALANIE WYSOKOŚCI I OPŁACANIE SKŁADEK</b>	str. 8
Artykuł 16: Ustalanie wysokości i opłacanie Składek	
Artykuł 17: Nieopłacenie Składek – rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	
<b>Rozdział VII: WYPŁATA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO</b>	str. 8
Artykuł 18: Postępowanie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego	
Artykuł 19: Wypłata Świadczenia	

Artykuł 20: Postępowanie w sprawach spornych i orzeczenie lekarskie

Artykuł 21: Skargi i reklamacje

Artykuł 22: Właściwość sądu

**Rozdział IX: POSTANOWIENIA RÓŻNE**

Artykuł 23: Opodatkowanie Świadczenia

Artykuł 24: Właściwe przepisy prawa, sposób komunikacji stron

Artykuł 25: Obowiązkiwanie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

**W CELU PRZYBLIŻENIA NAJISTOTNIEJSZYCH POSTANOWIEŃ NINIEJSZYCH OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA, MACIF ŻYCIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH PREZENTUJE PONIŻEJ:**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 2 art. 3 art. 15
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	art. 7 art. 8 ust. 2 art. 12 art. 18 ust. 4 art. 20 ust. 3

## DEFINICJE

Przedstawionym w niniejszym rozdziale wyrażeniom nadano w ogólnych warunkach ubezpieczenia, Umowie ubezpieczenia Acti FINANSE 3 oraz innych dokumentach poniższe znaczenie:

### CHOROBA

Każde odstępstwo od stanu zdrowia Ubezpieczonego, określanego jako pełnia zdrowia organizmu, niespowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem albo próbą samobójczą Ubezpieczonego.

### HARMONOGRAM

Sporządzony przez Towarzystwo dokument określający wysokość Sumy ubezpieczenia w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

### NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK

Zdarzenie nagłe, nieprzewidziane, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli poszkodowanego, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa.

### SKŁADKA

Określana w Polisie kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, do zapłaty której zobowiązany jest Ubezpieczający.

### STAN NIETRZEŻWOŚCI

W rozumieniu niniejszych OWU, stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- 1) stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu, albo
- 2) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>.

### STAN PO UŻYCIU ALKOHOLU

W rozumieniu niniejszych OWU, stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- 1) stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu, albo
- 2) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>.

### SUMA UBEZPIECZENIA

Ustalana przez Ubezpieczającego i Towarzystwo kwota, będąca podstawą ustalania wysokości Świadczenia. Suma ubezpieczenia jest określona w Harmonogramie przygotowanym przez Towarzystwo. Suma ubezpieczenia może być kwotą stałą, bądź malejącą.

### ŚWIADCZENIE

Kwota wypłacana jednorazowo przez Towarzystwo w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU.

### TERMIN PŁATNOŚCI

Data, w której powinna zostać dokonana płatność Składki, zgodnie z Umową ubezpieczenia.

### TOWARZYSTWO

MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych.

### TRWAŁE I CAŁKOWITE INWALIDZTWO

Stan osoby fizycznej, niepozwalający na wykonywanie jakiegokolwiek działalności zarobkowej lub uzyskiwanie jakiegokolwiek dochodów, oraz potwierdzona odpowiednim zaświadczeniem lekarskim wydanym przez lekarza specjalistę, utrata zdolności do samodzielnej egzystencji polegająca, na trwałej utracie możliwości wykonywania, wszystkich łącznie – wymienionych dalej – podstawowych, zwykłych czynności życiowych: mycie się (rozumiane, jako kąpiel w wannie lub pod prysznicem, bez pomocy innych osób), ubieranie się (rozumiane, jako wkładanie i zdejmowanie odzieży, bez pomocy innych osób), odżywianie się (rozumiane, jako spożywanie posiłków przy pomocy sztućców i talerza, bez pomocy innych osób), przemieszczanie się (rozumiane, jako przemieszczanie się z jednego pomieszczenia do drugiego, bez pomocy innych osób).

### TRWAŁY NOŚNIK

Trwały nośnik w rozumieniu ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U. z 2014 r., poz. 827 ze zm.)

### UBEZPIECZAJĄCY

Osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, będąca stroną Umowy ubezpieczenia, zobowiązana do opłacenia Składki.

### UBEZPIECZONY

Wskazana imiennie w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być jedynie osoba fizyczna, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 75 lat z zastrzeżeniem, że w roku zawarcia Umowy ubezpieczenia, Wiek Ubezpieczonego nie może wynosić więcej niż 70 lat. Ubezpieczony musi podlegać opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na terytorium Unii Europejskiej lub mieć miejsce zamieszkania na terytorium Unii Europejskiej, Ameryki Północnej lub krajów członkowskich EFTA.

### UMOWA UBEZPIECZENIA

Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem na podstawie niniejszych OWU.

### UPOSAŻONY

Osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

### POLISA

Dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia Umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową, na zasadach określonych w Umowie.

### WIEK UBEZPIECZONEGO

Wiek Ubezpieczonego określany jest jako różnica lat między aktualnym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

### ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa: śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego.

## Rozdział I: PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### Artykuł 1: Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem Umowy ubezpieczenia Acti FINANSE 3 jest życie i zdrowie Ubezpieczonego. Niniejsze ubezpieczenie należy do działu I, grupa 1 „Ubezpieczenie na życie” oraz grupy 5 „Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4”, zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844).

### Artykuł 2: Zakres ubezpieczenia

Zakres Umowy ubezpieczenia Acti FINANSE 3 obejmuje wypłatę przez Towarzystwo Świadczenia, w przypadku zajścia w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej, jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych, określonych w art. 3 poniżej.

### Artykuł 3: Zdarzenia ubezpieczeniowe

Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) śmierć Ubezpieczonego,
- 2) śmierć Ubezpieczonego na skutek Niez szczęśliwego wypadku,
- 3) Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego.

### Artykuł 4: Czas trwania odpowiedzialności

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie, jednakże nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu Składki lub pierwszej raty Składki.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się na skutek zdarzeń określonych w art.8.
3. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczonego o wyrażeniu przez niego zgody na zawarcie na jego rzecz Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno obejmować w szczególności zgodę na wysokość Sumy ubezpieczenia.

## Rozdział II: WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

### Artykuł 5: Warunki zawarcia Umowy

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, nie dłuższy niż do dnia, w którym Ubezpieczony ukończy wiek 75 lat.
2. Z zastrzeżeniem postanowień art. 9 ust. 1, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta, najpóźniej jednakże z chwilą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 76 lat.
3. Umowa może zostać zawarta w jednym z dwóch możliwych do wyboru wariantach. Wybór danego wariantu wpływa na wysokość Świadczenia, zgodnie z zasadami określonymi w art. 15.

### Artykuł 6: Warunki akceptacji ryzyka

1. W celu zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezbędne jest

wypełnienie i podpisanie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz innych, przekazanych przez Towarzystwo, formularzy. Dokumenty, niezbędne do zawarcia Umowy ubezpieczenia, wypełnia i podpisuje zarówno Ubezpieczający, jak i Ubezpieczony, odpowiadając bez wyjątków na wszystkie postawione pytania. Właściwie sporządzone i podpisane przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego dokumenty związane z zawarciem Umowy ubezpieczenia, złożone zostają w Towarzystwie lub jego upoważnionemu przedstawicielowi. Ubezpieczony i Ubezpieczający zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i w innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. W szczególności, Ubezpieczony i Ubezpieczający są zobowiązani do udzielenia, zgodnych z prawdą, odpowiedzi na postawione przez Towarzystwo pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz innych okoliczności, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania Zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

2. Po rozpatrzeniu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może:
  - 1) zaakceptować wniosek bez zastrzeżeń,
  - 2) zaakceptować wniosek pod warunkiem podwyższenia Składki lub ograniczyć zakres ochrony ubezpieczeniowej wskazanej we wniosku, jeżeli treść oświadczenia nie jest zgodna z zasadami przyjętymi przez Towarzystwo,
  - 3) odroczyć podjęcie decyzji i zażądać dodatkowych dokumentów lub wyników badań lekarskich, lub diagnostycznych,
  - 4) odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia Acti FINANSE 3 lub odroczyć decyzję w sprawie jej zawarcia.
3. Badania lekarskie i diagnostyczne, o których mowa w ust. 2 pkt 3 przeprowadzone są na koszt Towarzystwa we wskazanej przez Towarzystwo placówce.
4. Akceptacja ryzyka przez Towarzystwo następuje poprzez wystawienie i doręczenie Ubezpieczającemu Polisy. Jeżeli Polisa zawiera postanowienia mniej korzystne, niż określone przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczaniu Polisy i wyznaczy siedmiodniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W przypadku braku wykonania tego obowiązku, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z warunkami wskazanymi we wniosku. W braku sprzeciwu Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku, zgodnie z treścią Polisy, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
5. Na żądanie Ubezpieczającego, lub Ubezpieczonego Towarzystwo przekazuje informacje o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania Umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopie dokumentów sporządzonych na tym etapie.

## Rozdział III: ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

### Artykuł 7: Wyłączenie odpowiedzialności

1. W odniesieniu do Ubezpieczonych, których wiek w chwili wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego wynosi od 18 do 75 lat, w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:
  - 1) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
  - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru,
  - 3) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
  - 4) samobójstwa Ubezpieczonego, jeżeli jego śmierć nastąpiła w okresie dwóch lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia;
2. W przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, którego wiek w chwili wystąpienia Zdarzenia wynosi od 18 do 75 lat, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia określone w art. 7 ust. 1, jak również zdarzenia będące wynikiem:
  - 1) znajdowania się Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, oraz w stanie po użyciu alkoholu (to jest za zdarzenia, których przyczyną jest znajdowanie się Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu), środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124) oraz załączników do tejże ustawy (to jest za zdarzenia, których przyczyną jest znajdowanie się Ubezpieczonego pod wpływem tych substancji), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
  - 2) uprawiania przez Ubezpieczonego wszelkich sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka, za które uważa się: wspinaczkę wysokogórską, speleologię, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, sptywy górskimi rzekami,
  - 3) uprawiania przez Ubezpieczonego ćwiczeń akrobacyjnych, udziału w konkursach bicia rekordów,
  - 4) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia.

### Artykuł 8: Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek:
  - 1) śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci,
  - 2) upływu okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta, nie później jednakże niż z chwilą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 76 lat,
  - 3) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
  - 4) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia,

- 5) pobytu Ubezpieczonego poza terytorium Unii Europejskiej, krajów członkowskich EFTA i Ameryki Północnej przekraczającego 12 kolejnych miesięcy,
  - 6) nieopłacenia Składki lub rat Składki w terminie określonym w Umowie, pomimo uprzedniego wezwania, o którym mowa w art. 17 ust. 1,
  - 7) wyptaty świadczenia z tytułu Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego.
2. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa względem Ubezpieczonego wygasa.
  3. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została ona zawarta, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej (tzn. wpłaconą składkę pomniejszoną o część składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej).

## Rozdział IV: PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

### Artykuł 9: Odstąpienie od Umowy i wypowiedzenie Umowy

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą termin ten wynosi 7 dni. Oświadczenie o odstąpieniu musi być sporządzone na piśmie – pod rygorem nieważności. Oświadczenie o odstąpieniu staje się skuteczne z chwilą doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od Umowy ubezpieczenia przysługuje zwrot wpłaconej składki. W takim wypadku należna Ubezpieczającemu składka zostaje zwrócona Ubezpieczającemu w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia w sprawie odstąpienia od Umowy.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie wymaga dla swej ważności zachowania formy pisemnej. Bieg okresu wypowiedzenia rozpoczyna się z dniem doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie Umowy przez Ubezpieczającego, nie zwalnia od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczającemu, który wypowiedział Umowę ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami artykułu 9 ust. 3, w terminie 30 dni od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia na skutek wypowiedzenia, Towarzystwo zwraca wpłaconą składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej (tzn. wpłaconą składkę pomniejszoną o część składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej).

### Artykuł 10: Wskazanie Uposażonych

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci



Ubezpieczonego, lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, określając część świadczenia przypadającą każdemu z nich. W przypadku, w którym oznaczone każdemu z Uposażonych części Świadczenia nie dają sumy 100%, pozostałą część dzieli się pomiędzy pozostałych Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w Świadczeniu. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a niektórzy spośród nich zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas przypadająca im część Świadczenia zostaje rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w Świadczeniu.

2. Z zastrzeżeniem art. 11 ust. 4 i 5, jeżeli Ubezpieczony nie wskazał żadnego Uposażonego lub wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego, lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do Świadczenia, uprawnionymi do Świadczenia ubezpieczeniowego będą osoby w następującej kolejności:

- 1) małżonek Ubezpieczonego,
- 2) w przypadku braku małżonka Ubezpieczonego: dzieci Ubezpieczonego lub ich spadkobiercy, w równych częściach, przypadających na każde dziecko,
- 3) w przypadku braku osób wskazanych w pkt. 1) i 2): rodzice Ubezpieczonego w równych częściach,
- 4) w przypadku braku osób wskazanych w pkt. 1) – 3): rodzeństwo Ubezpieczonego lub ich spadkobiercy, w równych częściach, przypadających na każde z rodzeństwa,
- 5) w przypadku braku osób wymienionych w pkt. 1) – 4): inne osoby powołane do dziedziczenia po Ubezpieczonym, w równych częściach.

3. Świadczenie może zostać wypłacone osobom z kolejnej grupy wyłącznie wtedy, gdy wszystkie osoby, wskazane w poprzednich grupach, utraciły prawo do Świadczenia lub zmarły przed śmiercią Ubezpieczonego.

#### **Artykuł 11: Stosowanie przez Towarzystwo zapisów dotyczących Uposażonego**

1. Jeżeli udziały poszczególnych Uposażonych nie zostały przez Ubezpieczonego określone, Towarzystwo podzieli Świadczenie w równych częściach pomiędzy wszystkich Uposażonych.
2. Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego lub zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego traci prawo do Świadczenia.
3. Ubezpieczony może zmienić Uposażonego lub Uposażonych w każdym czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Wskazanie oraz zmiana Uposażonych wymaga dla swej ważności zachowania formy pisemnej. Zmiana Uposażonych jest skuteczna z dniem otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego w tym przedmiocie.
4. W przypadkach, w których Umowa Ubezpieczenia zawarta jest na cudzy rachunek, Ubezpieczający:
  - 1) zostanie wyznaczony jako Uposażony, lub
  - 2) nabędzie prawo do Świadczenia przypadającego zgodnie z Umową ubezpieczenia Ubezpieczonemu (w szczególności w wyniku zawarcia między Ubezpieczonym, a Ubezpieczającym umowy przelewu wie-

rytelności z tytułu Umowy ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczającego) i Ubezpieczający po zawarciu Zdarzenia ubezpieczeniowego zaniecha, bądź zaprzestanie dochodzenia Świadczenia od Towarzystwa, Świadczenia tego dochodzić mogą odpowiednio: spadkobiercy Ubezpieczonego (w przypadku wskazanym w ust. 4 pkt 1), bądź sam Ubezpieczony (w przypadku wskazanym w ust. 4 pkt 2), pod warunkiem udokumentowania dokonania z Ubezpieczającym czynności prawnej, na podstawie której prawo do Świadczenia przysługujące Ubezpieczającemu zostało przeniesione na spadkobierców Ubezpieczonego (w przypadku wskazanym w pkt 1), bądź samego Ubezpieczonego (w przypadku wskazanym w pkt 2).

5. W sytuacjach wskazanych w ust. 4:

- 1) spadkobiercy Ubezpieczonego będą traktowani jako Uposażeni, przy czym w braku odpowiednich postanowień w ramach czynności prawnej, o której mowa w ust. 4 in fine Towarzystwo podzieli Świadczenie w równych częściach pomiędzy wszystkich spadkobierców,
- 2) świadczenie należne Ubezpieczonemu zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami art. 19.

6. We wskazanych w ust. 4 przypadkach zaniechania, bądź zaprzestania przez Ubezpieczającego dochodzenia Świadczenia od Towarzystwa, Ubezpieczający jest zobowiązany:

- 1) poinformować Ubezpieczonego (w przypadku wskazanym w ust. 4 pkt 2), lub znanych sobie, bądź wskazanych przez Towarzystwo spadkobierców Ubezpieczonego (w przypadku wskazanym w ust. 4 pkt 2) o możliwości dokonania czynności prawnej, na podstawie której prawo do dochodzenia Świadczenia przejdzie na te osoby (w szczególności o możliwości zawarcia umowy przelewu wierzytelności),
- 2) w przypadku wyrażenia przez osoby wskazane w pkt 1 woli dokonania czynności prawnej, na podstawie której prawo do dochodzenia Świadczenia przejdzie na te osoby – nie odmawiać jej dokonania bez uzasadnionej przyczyny.

#### **Artykuł 12: Odmowa wypłaty Świadczenia**

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie pierwszych dwóch lat trwania Umowy ubezpieczenia i była wynikiem samobójstwa Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego lub Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpiły w okresie trzech lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia i były skutkiem okoliczności, które z naruszeniem art. 18 ust. 1 nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa, lub zostały podane niezgodnie z prawdą. W szczególności Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego, lub Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, które nastąpiły w okresie trzech lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia były wynikiem Choroby, na którą Ubezpieczony zapadł przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, a o której wiedział, i o której nie poinformował przy zawieraniu Umowy.

3. Jeżeli do pominięcia okoliczności, o których mowa w art. 18 ust. 1, bądź podania co do nich nieprawdy, doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności pominiętych lub co do których podano nieprawdę.

### **Artykuł 13: Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego**

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki ubezpieczeniowej w wymaganej wysokości i w terminach określonych w Polisie.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do pisemnego informowania Towarzystwa o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego oraz zmianie swoich danych osobowych przekazanych Towarzystwu w związku z zawarciem Umowy. Obowiązek informacyjny określony w zdaniu poprzednim dotyczy w szczególności informacji o pobycie Ubezpieczonego poza terytorium Unii Europejskiej, krajów członkowskich EFTA i Ameryki Północnej przekraczającym 12 kolejnych miesięcy.
3. Ubezpieczony, za zgodą Ubezpieczającego oraz Towarzystwa, uprawniony jest w każdej chwili do wstąpienia w prawa i obowiązki Ubezpieczającego. Wstąpienie Ubezpieczonego w prawa Ubezpieczającego staje się skuteczne z dniem otrzymania przez Towarzystwo pisma zawierającego:
  - 1) oświadczenie Ubezpieczonego o wstąpieniu w prawa i obowiązki Ubezpieczającego,
  - 2) oświadczenie Ubezpieczającego o wyrażeniu zgody na wstąpienie Ubezpieczonego w jego prawa i obowiązki.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną, inną niż Ubezpieczony, jego prawa i obowiązki, wynikające z Umowy ubezpieczenia, mogą przejść na jego następców prawnych, pod warunkiem wyrażenia przez nich zgody, jak również uzyskania zgody Ubezpieczonego, chyba że Umowa stanowi inaczej.
5. W przypadku, kiedy Ubezpieczający będący osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, przestanie istnieć, jego prawa i obowiązki, wynikające z Umowy ubezpieczenia, przechodzą na podmiot będący jego następcą prawnym, chyba że Umowa stanowi inaczej.
6. Ubezpieczony ma prawo żądać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia (w szczególności postanowieniach z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia) w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
7. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek:
  - 1) przed wyrażeniem przez osobę zainteresowaną zgody na udzielenie na jej rachunek ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania osobie zainteresowanej niniejszych OWU w formie pisemnej lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym Trwałym nośniku,
  - 2) Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonego, na piśmie, lub jeżeli Ubezpie-

czony wyraził na to zgodę, na innym Trwałym nośniku, o:

- a) zmianie warunków Umowy ubezpieczenia, lub zmianie prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczenia, przysługującego z tytułu Umowy ubezpieczenia – przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego i Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia w tym zakresie,
- b) wysokości świadczeń przysługujących z Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w czasie trwania Umowy ubezpieczenia – niezwłocznie po przekazaniu Ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo,
- c) zmianie Sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli Świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po przekazaniu Ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo.

### **Artykuł 14: Postanowienia ogólne dotyczące Towarzystwa**

1. Towarzystwo zobowiązane jest do zachowania w tajemnicy wszelkich danych dotyczących Umowy ubezpieczenia, w szczególności tych dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do terminowego i prawidłowego przestrzegania swoich zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego, albo śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, albo Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, w terminach i na warunkach przewidzianych w Umowie ubezpieczenia.
4. Towarzystwo jest zobowiązane do informowania Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o każdej zmianie swojego adresu oraz innych danych kontaktowych.
5. Sprawozdanie finansowe Towarzystwa zawierające dane o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa jest zamieszczane na witrynie internetowej Towarzystwa.

## **ROZDZIAŁ V: USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA**

### **Artykuł 15: Ustalenie Sumy ubezpieczenia i wysokości Świadczenia**

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest indywidualnie.
2. Suma ubezpieczenia może być kwotą stałą lub malejącą w czasie i jest określona w Harmonogramie przygotowanym przez Towarzystwo, stanowiącym integralną część Umowy ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia określana jest na podstawie Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego
4. Wysokość Świadczenia z tytułu zajścia danego Zdarzenia ubezpieczeniowego uzależniona jest od Sumy ubezpieczenia, wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 5 ust. 3, oraz Wieku Ubezpieczonego w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.



5. W przypadku wyboru Wariantu I Świadczenie ustalone jest zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) w przypadku, gdy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wiek Ubezpieczonego wynosi od 18 do 70 lat, Towarzystwo, po przyjęciu odpowiedzialności za dane zdarzenie, wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia,
- 2) w przypadku, gdy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wiek Ubezpieczonego wynosi od 71 do 75 lat, Towarzystwo, po przyjęciu odpowiedzialności za dane zdarzenie wypłaca Świadczenie w wysokości:
  - a) 1% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem,
  - b) 1% Sumy ubezpieczenia w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego,
  - c) 100% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

6. W przypadku wyboru Wariantu II Świadczenie ustalone jest zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) w przypadku, gdy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wiek Ubezpieczonego wynosi od 18 do 70 lat, Towarzystwo, po przyjęciu odpowiedzialności za dane zdarzenie, wypłaca Świadczenie w wysokości:
  - a) 100% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem,
  - b) 100% Sumy ubezpieczenia w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego,
  - c) 150% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
- 2) w przypadku, gdy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wiek Ubezpieczonego wynosi od 71 do 75 lat, Towarzystwo, po przyjęciu odpowiedzialności za dane zdarzenie wypłaca Świadczenie w wysokości:
  - a) 1% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem,
  - b) 1% Sumy ubezpieczenia w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego,
  - c) 150% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

7. Z uwagi na fakt, iż Suma ubezpieczenia ustalana jest na podstawie Harmonogramu, niezależnie od wybranego Wariantu, w przypadkach, w których Umowa ubezpieczenia zawierana jest w celu zabezpieczenia wierzytelności przysługujących względem Ubezpieczonego (w szczególności wierzytelności Ubezpieczającego wzglę-

dem Ubezpieczonego), Suma ubezpieczenia na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego może przekroczyć wysokość zadłużenia Ubezpieczonego z tytułu Umowy, na zabezpieczenie której zawarta została Umowa ubezpieczenia (w szczególności wysokość zadłużenia Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego). W takim przypadku:

- 1) wysokość Świadczenia może przekroczyć wysokość zadłużenia Ubezpieczonego z tytułu Umowy, na zabezpieczenie której zawarta została Umowa ubezpieczenia (w szczególności wysokość zadłużenia Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego),
- 2) nadwyżka Świadczenia wypłacanego w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego, bądź śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku nad zadłużeniem Ubezpieczonego (w szczególności zadłużeniem Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego), przypada Uposażonemu.

## Rozdział VI: USTALANIE WYSOKOŚCI I OPŁACANIE SKŁADEK

### Artykuł 16: Ustalanie wysokości i opłacanie Składek

1. Wysokość Składki oraz jej termin płatności określone są indywidualnie i wskazywane są w Polisie.
2. Towarzystwo ustala wysokość Składki w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składek, okresu ubezpieczenia, wybranego Wariantu ubezpieczenia oraz wieku Ubezpieczonego.
3. Składkę ubezpieczeniową uważa się za zapłaconą w dniu uznania kwoty na rachunku bankowym Towarzystwa lub rachunku bankowym agenta ubezpieczeniowego upoważnionego przez Towarzystwo do inkasowania Składki ubezpieczeniowej.
4. Zobowiązany do zapłaty Składki jest Ubezpieczający.

### Artykuł 17: Nieopłacenie Składek – rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Jeżeli Składka lub rata Składki nie jest opłacona w terminie 10 dni od daty płatności, Towarzystwo wysyła do Ubezpieczającego pismo, informujące o tym, że Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu jeżeli Ubezpieczający nie opłaci należnej Składki lub raty Składki w terminie 14 dni od dnia otrzymania tego pisma przez Ubezpieczającego.
2. W przypadku zwłoki w zapłacie Składki, wpłacane przez Ubezpieczającego kwoty będą zaliczane na poczet najdawniej wymagalnej Składki.

## Rozdział VII: WYPŁATA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

### Artykuł 18: Postępowanie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczony i Ubezpieczający zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i w innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. W szczególności Ubezpieczony i Ubezpieczający są zobowiązani

- do udzielenia, zgodnych z prawdą, odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, oraz innych okoliczności istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, Uposażeni, lub osoby, o których mowa w art. 10 ust. 2 występujące z wnioskiem o wypłatę Świadczenia zobowiązani są przedstawić Towarzystwu:
    - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
    - 2) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego, chyba że osoba występująca z wnioskiem takiego odpisu nie posiada – w takiej sytuacji osoba ta jest zobowiązana do przekazania Towarzystwu znanej sobie nazwy oraz adresu instytucji, w której akt zgonu się znajduje,
    - 3) kartę statystyczną do karty zgonu z podaniem przyczyny zgonu lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu, chyba że osoba występująca z wnioskiem tych dokumentów nie posiada – w takiej sytuacji osoba ta jest zobowiązana do przekazania Towarzystwu znanej sobie nazwy oraz adresu instytucji, w której te dokumenty się znajdują,
    - 4) dokument pozwalający potwierdzić tożsamość każdego z Uposażonych lub osób, o których mowa w art. 10 ust. 2, występujących z wnioskiem o wypłatę Świadczenia,
    - 5) postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub wydany przez notariusza akt poświadczenia dziedziczenia – jeżeli uprawnionymi do Świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego,
    - 6) dokumentację dotyczącą przyczyn Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć nastąpiła na skutek Nieszczęśliwego wypadku, chyba że osoba występująca z wnioskiem tych dokumentów nie posiada – w takiej sytuacji osoba ta jest zobowiązana do przekazania Towarzystwu znanej sobie nazwy oraz adresu instytucji, w której te dokumenty się znajdują, oraz wiadomych sobie okoliczności śmierci Ubezpieczonego,
    - 7) dokument pozwalający ustalić pokrewieństwo z Ubezpieczonym – w przypadku osób, o których mowa w art. 10 ust. 2 lit. 2) – 4),
    - 8) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku, gdy było prowadzone postępowanie przygotowawcze,
    - 9) notatkę policji, w przypadku zawiadomienia policji, chyba że osoba występująca z wnioskiem tych dokumentów nie posiada – w takiej sytuacji osoba ta jest zobowiązana do przekazania Towarzystwu znanej sobie nazwy oraz adresu instytucji, w której te dokumenty się znajdują,
    - 10) protokół BHP, w przypadku, gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy.
  3. W przypadku Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczony lub osoba upoważniona do działania w imieniu Ubezpieczonego zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
    - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
    - 2) zaświadczenie lekarskie:
      - a) określające datę, w której Trwałe i całkowite inwalidztwo zostało orzeczone,
      - b) określające rodzaj Choroby lub Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował inwalidztwo,
      - c) potwierdzające, że Ubezpieczony jest trwale niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej lub uzyskiwania jakichkolwiek dochodów i że musi on korzystać z pomocy osób trzecich w celu wykonywania zwykłych czynności życiowych, określonych w definicji Trwałego i całkowitego inwalidztwa.
    - 4) dokumentację medyczną dotyczącą Trwałego i całkowitego inwalidztwa,
    - 5) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego – w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia.
  4. W przypadku Trwałego i całkowitego inwalidztwa Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie u wskazanego przez Towarzystwo lekarza. Koszt badań pokrywa Towarzystwo. W przypadku odmowy poddania się badaniom przez Ubezpieczonego Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia.
  5. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
  6. W przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również spadkobierca Ubezpieczonego. W takim przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
  7. Niezależnie od dokumentów wskazanych w ust. 1 i 2, Uposażeni lub osoby, o których mowa w art. 10 ust. 2, występujące z wnioskiem o wypłatę Świadczenia, zobowiązani są przedstawić Towarzystwu oryginał lub kopię Polisy i Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.

#### **Artykuł 19: Wypłata Świadczenia**

1. Z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, Towarzystwo rozpatruje sprawę i wypłaca Świadczenie według następujących zasad:
  - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego albo śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie określone w Umowie otrzymuje

- Uposażony, a w przypadku braku Uposażonego, osoby ustalone w sposób określony w art. 10 ust. 2,
- 2) w przypadku Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, Świadczenie określone w Umowie otrzymuje Ubezpieczony.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane przez Towarzystwo jednorazowo.
  3. Świadczenie ubezpieczeniowe ustalane jest zgodnie z zasadami określonymi w art. 15.
  4. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 1, Towarzystwo wykonuje zobowiązanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część Świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie określonym w ust. 1.

## Rozdział VIII: ROZSTRZYGANIE SPORÓW

### Artykuł 20: Postępowanie w sprawach spornych i orzeczenie lekarskie

1. Towarzystwo może wyznaczyć lekarza w celu zbadania okoliczności śmierci lub śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub stanu Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego. Zadaniem lekarza jest:
  - 1) określenie medycznych przyczyn śmierci,
  - 2) opisanie obecnego i dotychczasowego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
  - 3) sprawdzenie, czy Ubezpieczony spełnia pod względem medycznym warunki przewidziane w Umowie, uprawniające go do otrzymania Świadczenia z Tytułu Trwałego i całkowitego inwalidztwa
2. W przypadku, gdy Uposażony, osoba o której mowa w art. 10 ust. 2, lub Ubezpieczony nie zgodzą się z wnioskami takiego orzeczenia lekarskiego, mogą oni we własnym zakresie uzyskać dodatkową ekspertyzę lekarską i przedłożyć ją Towarzystwu.
3. Świadczenie nie jest należne, jeżeli Ubezpieczony odmawia poddania się badaniu lekarskiemu lub diagnostycznemu, z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, a bez przeprowadzenia tych badań nie jest możliwe ustalenie czy Ubezpieczony spełnia pod względem medycznym warunki przewidziane w Umowie, uprawniające go do otrzymania Świadczenia z tytułu Trwałego i całkowitego inwalidztwa, lub jeżeli orzeczenie lekarskie wykaże, zgodnie z procedurą określoną powyżej, że warunki przewidziane w Umowie nie zostały spełnione.

### Artykuł 21: Skargi i reklamacje

1. Skargi i reklamacje należy kierować do Zarządu Towarzystwa. Skargi/reklamacje mogą być składane:
  - 1) w formie pisemnej na adres siedziby Towarzystwa: ul. Bema 89, 01-233 Warszawa lub w dowolnej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów,
  - 2) za pomocą faksu pod numer: + 48 22 535 02 01,
  - 3) za pomocą poczty elektronicznej na adres: [info@macif.com.pl](mailto:info@macif.com.pl),

- 4) ustnie do protokołu w siedzibie Towarzystwa bądź w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa obsługującej klientów,
  - 5) telefonicznie pod numer: + 48 22 535 02 00.
2. Skarga/reklamacja powinna zawierać:
    - 1) przedmiot skargi/reklamacji (opis okoliczności sporu),
    - 2) dane pozwalające zidentyfikować osobę wnoszącą skargę/reklamację.

3. Skargi i reklamacje rozpatruje Zarząd Towarzystwa lub osoby przez niego upoważnione. Towarzystwo zobowiązane jest udzielić odpowiedzi w przedmiocie skargi/reklamacji w formie pisemnej, w postaci papierowej lub za pomocą innego Trwałego nośnika, a na wniosek Klienta – pocztą elektroniczną, bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi/reklamacji, wysyłając ją na adres wskazany w skardze/reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpoznanie skargi/reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo przesyła Klientowi informację zawierającą:
  - 1) wyjaśnienie przyczyny opóźnienia rozpoznania skargi/reklamacji,
  - 2) wskazanie okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
  - 3) określenie przewidywanego terminu rozpatrzenia skargi/reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nieprzekraczającego 60 dni od dnia otrzymania skargi/reklamacji.

4. Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony, i/lub Uposażony, i/lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia, będący osobami fizycznymi, mają prawo do zwrócenia się do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy lub przeprowadzenie przez niego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem, a podmiotem rynku finansowego, a także skorzystania z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Złożenie skargi/reklamacji niezwłocznie po powzięciu informacji o nieprawidłowościach/zastrzeżeniach, ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi/reklamacji.

### Artykuł 22: Właściwość sądu

Powództwo o roszczenia, wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego, lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

## Rozdział IX: POSTANOWIENIA RÓŻNE

### Artykuł 23: Opodatkowanie Świadczenia

Wypłacone Świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia podlega przepisom podatkowym: ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.) lub ustawa z dnia 15 lutego

1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych ( Dz. U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).

**Artykuł 24: Właściwe przepisy prawa, sposób komunikacji stron**

1. W sprawach nieuregulowanych przez niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. z 17 grudnia 2013 r., Dz. U. z 2014 r., poz. 121 ze zm.), oraz ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844).
2. W komunikacji między Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym, a Towarzystwem, obowiązującym

językiem jest język polski.

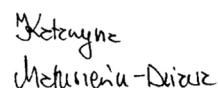
3. Wszelkie oświadczenia woli oraz oświadczenia stron, składane w związku zawieraniem i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, wymagają formy pisemnej, chyba że niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia stanowią inaczej.

**Artykuł 25: Obowiązkiwanie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia**

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 29 Zarządu MACIF Życie TUW z dnia 17 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia Acti FINANSE 3 zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Philippe Saffray  
Prezes Zarządu



Katarzyna Matuszewicz-Dziawa  
Członek Zarządu

# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU\_AF3

## PREAMBUŁA

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia (OWU) na Wypadek Pobytu w Szpitalu w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, stosuje się do umów dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Umowa dodatkowa zawierana jest jako rozszerzenie zakresu Umowy podstawowej zawartej pomiędzy MACIF Życie TUW, a Ubezpieczającym. Umowa dodatkowa stanowi uzupełnienie Umowy podstawowej i może zostać zawarta tylko jako umowa uzupełniająca do Umowy podstawowej.

## SPIS TREŚCI

### DEFINICJE

	str. 13
Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia	str. 13
Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy, składka i Suma ubezpieczenia	str. 13
Artykuł 3: Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	str. 13
Artykuł 4: Odstąpienie od Umowy i wypowiedzenie Umowy	str. 14
Artykuł 5: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa	str. 14
Artykuł 6: Świadczenie	str. 14
Artykuł 7: Skargi i reklamacje	str. 15
Artykuł 8: Postanowienia końcowe	str. 15

### W CELU PRZYBLIŻENIA NAJISTOTNIEJSZYCH POSTANOWIEŃ NINIEJSZYCH OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA, MACIF ŻYCIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH PREZENTUJE PONIŻEJ:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 ust. 2 art. 6 ust. 1 art. 6 ust. 5 art. 6 ust. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	art. 3 art. 5 ust. 2 art. 6 ust. 2 art. 6 ust. 3



## DEFINICJE

Terminy, określone w Ogólnych Warunkach Umowy podstawowej, stosuje się odpowiednio w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia. Dodatkowo, do terminów tych, dodaje się poniższe definicje:

### PEŁNA DOBA

Kolejne 24 godziny zegarowe. Pierwsza Pełna doba rozpoczyna się z chwilą przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala.

### STAN NIETRZEŻWOŚCI

W rozumieniu niniejszych OWU, stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- 1) stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu, albo
- 2) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>.

### STAN PO UŻYCIU ALKOHOLU

W rozumieniu niniejszych OWU, stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- 1) stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu, albo
- 2) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>

### SZPITAL

Podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia. Definicja szpitala nie obejmuje: ośrodków opieki, w tym dla przewlekle chorych, hospicjum, ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych, uzdrowiskowych oraz wypoczynkowych. Za szpital nie uznaje się również wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych jednostek organizacyjnych szpitala zajmujących się rehabilitacją lub wypoczynkiem pacjentów, jak również leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień.

### TRWAŁY NOŚNIK

Trwały nośnik w rozumieniu ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U. z 2014 r. , poz. 827 ze zm.).

### UMOWA PODSTAWOWA

Umowa ubezpieczenia zawierana pomiędzy MACIF Życie TUW, a Ubezpieczającym, na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego ubezpieczenia na Życie Acti Finance 3.

### UMOWA DODATKOWA

Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy MACIF Życie TUW, a Ubezpieczającym, na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.

### ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE:

Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, mającego miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

### Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, mającego miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

### Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy, składka i Suma ubezpieczenia

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Towarzystwo przed zawarciem Umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego w zakresie stanu zdrowia Ubezpieczonego. W wyniku tej analizy Umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach standardowych, zmienionych lub Towarzystwo może odmówić zawarcia Umowy dodatkowej.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest łącznie z Umową podstawową.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na taki sam okres na jaki zawarta jest Umowa podstawowa z tym zastrzeżeniem, że Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta na okres dłuższy, niż do dnia, w którym Ubezpieczony ukończy 75 lat.
5. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 65 lat w roku zawierania Umowy dodatkowej.
6. Wysokość Sumy ubezpieczenia określona jest w Umowie.
7. Wysokość Składki oraz jej termin płatności określane są indywidualnie i wskazywane są w Polisie, Towarzystwo ustala wysokość składki w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek, okresu ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa za Umowę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach. Składkę ubezpieczeniową uważa się za zapłaconą w dniu uznania kwoty na rachunku bankowym Towarzystwa lub rachunku bankowym agenta ubezpieczeniowego upoważnionego przez Towarzystwo do inkasowania składki ubezpieczeniowej.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie, nie wcześniej jednakże, niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki z tytułu Umowy dodatkowej.
9. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta, najpóźniej jednakże z chwilą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 76 lat.

### Artykuł 3: Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

W przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:

- 1) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
- 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru,
- 3) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
- 4) znajdowania się Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu (to jest za zdarzenia, których przyczyną jest znajdowanie się Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu), środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu

przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124), oraz załączników do tejże ustawy (to jest za zdarzenia, których przyczyną jest znajdowanie się Ubezpieczonego pod wpływem tych substancji), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

- 5) uprawiania przez Ubezpieczonego wszelkich sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka, za które uważa się: wspinaczkę wysokogórską, speleologię, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, spływy górskimi rzekami,
- 6) uprawiania przez Ubezpieczonego ćwiczeń akrobacyjnych, udziału w konkursach bicia rekordów,
- 7) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
- 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego (w rozumieniu ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym funduszu gwarancyjnym i polskim biurze ubezpieczycieli komunikacyjnych (Dz. U. z 2013 r. poz. 392 ze zm.) bez posiadania odpowiednich uprawnień,
- 9) zaburzeń psychicznych,
- 10) wypadku lotniczego, mającego miejsce podczas przebywania Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

#### **Artykuł 4: Odstąpienie od Umowy i wypowiedzenie Umowy**

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą termin ten wynosi 7 dni. Oświadczenie o odstąpieniu musi być sporządzone na piśmie – pod rygorem nieważności. Oświadczenie o odstąpieniu staje się skuteczne z chwilą doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy dodatkowej. Odstąpienie od Umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Odstąpienie od Umowy dodatkowej nie stanowi odstąpienia od Umowy podstawowej.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową w każdym czasie, z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie wymaga dla swej ważności zachowania formy pisemnej. Bieg okresu wypowiedzenia rozpoczyna się z dniem doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej. Wypowiedzenie Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego, nie zwalnia od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczającemu, który wypowiedział Umowę dodatkową, zgodnie z postanowieniami ust. 3, w terminie 30 dni od dnia rozwiązania Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia, Towarzystwo zwraca wpłaconą składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej (tzn. wpłaconą składkę pomniejszoną o część składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej).

5. Wypowiedzenie Umowy dodatkowej nie stanowi wypowiedzenia Umowy podstawowej.

#### **Artykuł 5: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa**

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu na skutek:
  - 1) rozwiązania Umowy podstawowej,
  - 2) upływu okresu, na jaki Umowa dodatkowa została zawarta, nie później jednakże niż z chwilą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 76 lat,
  - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy dodatkowej,
  - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia,
2. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa względem Ubezpieczonego wygasa.
3. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

#### **Artykuł 6: Świadczenie**

1. Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku zostanie uznany za spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli pobyt w Szpitalu rozpoczął się przed upływem 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku, przy czym Nieszczęśliwy wypadek musi mieć miejsce w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
2. Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w trakcie pobytu w Szpitalu nastąpi zgon Ubezpieczonego.
3. Wysokość Świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 100 zł. za każdą Pełną dobę. W każdym roku trwania Umowy dodatkowej, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, maksymalnie za 90 Pełnych dób pobytu w Szpitalu, przy czym dany pobyt w Szpitalu musi trwać dłużej niż 1 Pełną dobę.
4. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu płatne jest od pierwszego dnia pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
5. Towarzystwo wypłaca świadczenie wyłącznie za Pełne doby rzeczywistego pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
6. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu przez Ubezpieczonego danego pobytu w Szpitalu, za który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność.
7. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
  - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
  - 2) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
  - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
  - 4) dokumentację dotyczącą przyczyn Nieszczęśliwego wypadku,

- 5) notatkę policji w przypadku zawiadomienia policji,
  - 6) protokół BHP, w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy,
  - 7) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia) w przypadku gdy było prowadzone postępowanie przygotowawcze,
  - 8) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego – w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia.
8. Jeżeli Ubezpieczony nie dysponuje dokumentami, o których mowa w ust. 7 pkt 4) – 7) zobowiązany jest do wskazania Towarzystwu znanej sobie nazwy i adresu instytucji, w której te dokumenty się znajdują.
  9. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu.

### Artykuł 7: Skargi i reklamacje

1. Skargi i reklamacje należy kierować do Zarządu Towarzystwa. Skargi/reklamacje mogą być składane:
  - 1) w formie pisemnej na adres siedziby Towarzystwa: ul. Bema 89, 01-233 Warszawa lub w dowolnej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów,
  - 2) za pomocą faksu pod numer: + 48 22 535 02 01,
  - 3) za pomocą poczty elektronicznej na adres: [info@macif.com.pl](mailto:info@macif.com.pl),
  - 4) ustnie do protokołu w siedzibie Towarzystwa bądź w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa obsługującej klientów,
  - 5) telefonicznie pod numer: + 48 22 535 02 00.
2. Skarga/reklamacja powinna zawierać:
  - 1) przedmiot skargi/reklamacji (opis okoliczności sporu),
  - 2) dane pozwalające zidentyfikować osobę wnoszącą skargę/reklamację.
3. Skargi i reklamacje rozpatruje Zarząd Towarzystwa lub osoby przez niego upoważnione. Towarzystwo zobowiązane jest udzielić odpowiedzi w przedmiocie skargi/reklamacji w formie pisemnej, w postaci papierowej lub za pomocą innego Trwałego nośnika, a na wniosek Klienta – pocztą elektroniczną, bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi/reklamacji, wysyłając ją na adres wskazany w skardze/

reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpoznanie skargi/reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo przesyła Klientowi informację zawierającą:

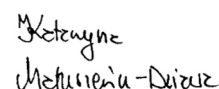
- 1) wyjaśnienie przyczyny opóźnienia rozpoznania skargi/reklamacji,
  - 2) wskazanie okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
  - 3) określenie przewidywanego terminu rozpatrzenia skargi/reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nieprzekraczającego 60 dni od dnia otrzymania skargi/reklamacji.
4. Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony, i/lub Uposażony, i/lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia, będący osobami fizycznymi, mają prawo do zwrócenia się do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy lub przeprowadzenie przez niego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem, a podmiotem rynku finansowego, a także skorzystania z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
  5. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
  6. Złożenie skargi/reklamacji niezwłocznie po powzięciu informacji o nieprawidłowościach/zastrzeżeniach, ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi/reklamacji.

### Artykuł 8: Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie Ogólne Warunki Ubezpieczenia z Umowy podstawowej.
2. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z Umowy dodatkowej jest prawo polskie.
3. W stosunkach wynikających z Umowy stosowany jest język polski.
4. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie dnia 1 stycznia 2016 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych od tej daty.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 33 Zarządu MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 17 grudnia 2015 r.



Philippe Saffray  
Prezes Zarządu



Katarzyna Matuszewicz-Dziawa  
Członek Zarządu

# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY\_AF3

## PREAMBUŁA

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy stosuje się do umów dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy. Umowa dodatkowa zawierana jest jako rozszerzenie zakresu Umowy podstawowej zawartej pomiędzy MACIF Życie TUW, a Ubezpieczającym. Umowa dodatkowa stanowi uzupełnienie Umowy podstawowej i może zostać zawarta tylko jako Umowa uzupełniająca do Umowy podstawowej.

## SPIS TREŚCI

### DEFINICJE

	str. 17
Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia	str. 17
Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy, składka i Suma ubezpieczenia	str. 17
Artykuł 3: Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	str. 18
Artykuł 4: Odstąpienie od Umowy i wypowiedzenie Umowy	str. 18
Artykuł 5: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa	str. 18
Artykuł 6: Świadczenie	str. 19
Artykuł 7: Skargi i reklamacje	str. 19
Artykuł 8: Postanowienia końcowe	str. 19

### W CELU PRZYBLIŻENIA NAJISTOTNIEJSZYCH POSTANOWIEŃ NINIEJSZYCH OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA, MACIF ŻYCIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH PREZENTUJE PONIŻEJ:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 ust. 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	art. 3 art. 5 ust. 2 art. 6 ust. 2



## DEFINICJE

Terminy, określone w Ogólnych Warunkach Umowy podstawowej, stosuje się odpowiednio do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Dodatkowo, do terminów tych, dodaje się poniższe definicje:

### STAN NIETRZEŻWOŚCI

W rozumieniu niniejszych OWU, stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- 1) stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu, albo
- 2) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>.

### STAN PO UŻYCIU ALKOHOLU

W rozumieniu niniejszych OWU, stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- 1) stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu, albo
- 2) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>

### TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Stan niesprawności Ubezpieczonego, trwający nieprzerwanie przez 12 miesięcy, uniemożliwiający mu świadczenie jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej, potwierdzony orzeczeniem lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej oraz decyzją odpowiedniego organu rentowego o niezdolności do pracy orzeczonej na okres dłuższy niż 5 lat.

### TRWAŁY NOŚNIK

Trwały nośnik w rozumieniu ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U. z 2014 r. , poz. 827 ze zm.).

### UMOWA PODSTAWOWA

Umowa ubezpieczenia zawierana pomiędzy MACIF Życie TUW, a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego ubezpieczenia na Życie Acti Finance 3.

### UMOWA DODATKOWA

Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy MACIF Życie TUW, a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.

### ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Wystąpienie w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy na skutek przyczyny, zaistniałej w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

#### Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy na skutek przyczyny zaistniałej w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

#### Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy, składka i Suma ubezpieczenia

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubez-

pieczającego. W celu zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezbędne jest wypełnienie i podpisanie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz innych, przekazanych przez Towarzystwo, formularzy. Dokumenty, niezbędne do zawarcia Umowy ubezpieczenia, wypełnia i podpisuje zarówno Ubezpieczający, jak i Ubezpieczony, odpowiadając bez wyjątków na wszystkie postawione pytania. Właściwie sporządzone i podpisane przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego dokumenty związane z zawarciem Umowy ubezpieczenia, złożone zostają w Towarzystwie lub jego upoważnionemu przedstawicielowi. Ubezpieczony i Ubezpieczający zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i w innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. W szczególności, Ubezpieczony i Ubezpieczający są zobowiązani do udzielenia, zgodnych z prawdą, odpowiedzi na postawione przez Towarzystwo pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz innych okoliczności, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

2. Towarzystwo przed zawarciem Umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego w zakresie stanu zdrowia Ubezpieczonego. W wyniku tej analizy Umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach standardowych, zmienionych lub Towarzystwo może odmówić zawarcia Umowy dodatkowej.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest łącznie z Umową podstawową.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na taki sam okres na jaki zawarta jest Umowa podstawowa, z tym zastrzeżeniem, że Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta na okres dłuższy, niż do dnia, w którym Ubezpieczony ukończy 67 lat.
5. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 65 lat w roku zawierania Umowy dodatkowej.
6. Wysokość Sumy ubezpieczenia określana jest w Harmonogramie przygotowanym przez Towarzystwo stanowiącym integralną część Umowy ubezpieczenia, ale nie więcej niż łącznie 50 000 zł w całym okresie ubezpieczenia.
7. Wysokość składki oraz jej termin płatności określone są indywidualnie i wskazywane są w Polisie, Towarzystwo ustala wysokość składki w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek, okresu ubezpieczenia, oraz wieku Ubezpieczonego. Składka ubezpieczeniowa za Umowę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach. Składkę ubezpieczeniową uważa się za zapłaconą w dniu uznania kwoty na rachunku bankowym Towarzystwa lub rachunku bankowym agenta ubezpieczeniowego upoważnionego przez Towarzystwo do inkasowania składki ubezpieczeniowej.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie, nie



wcześniej jednakże, niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki z tytułu Umowy dodatkowej.

- Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta, najpóźniej jednakże z chwilą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 68 lat.

### **Artykuł 3: Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności**

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w okresie trzech lat od zawarcia Umowy dodatkowej i były skutkiem okoliczności, które z naruszeniem art. 2 ust. 1 nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa, lub zostały podane niezgodnie z prawdą. W szczególności Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe, które nastąpiło w okresie trzech lat od zawarcia Umowy dodatkowej były wynikiem Choroby, na którą Ubezpieczony zapadł przed zawarciem Umowy dodatkowej, a o której wiedział, i o której nie poinformował przy zawieraniu Umowy.
- Jeżeli do pominięcia okoliczności, o których mowa w ust. 1 bądź podania co do nich nieprawdy, doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności pominiętych lub co do których podano nieprawdę.
- W przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:
  - działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
  - czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru,
  - skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
  - znajdowania się Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu (to jest za zdarzenia, których przyczyną jest znajdowanie się Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu), środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124), oraz załączników do tejże ustawy (to jest za zdarzenia, których przyczyną jest znajdowanie się Ubezpieczonego pod wpływem tych substancji), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
  - uprawiania przez Ubezpieczonego wszelkich sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka, za które uważa się: wspinaczkę wysokogórską, speleologię, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, sptywy góorskimi rzekami,
  - uprawiania przez Ubezpieczonego ćwiczeń akrobacyjnych, udziału w konkursach bicia rekordów,
  - samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
  - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego (w rozumieniu ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym funduszu gwarancyjnym i polskim biurze ubezpieczycieli komunikacyjnych, Dz. U. z 2013

r. poz.392 ze zm.) bez posiadania odpowiednich uprawnień,

- zaburzeń psychicznych.

### **Artykuł 4: Odstąpienie od Umowy i wypowiedzenie Umowy**

- Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą termin ten wynosi 7 dni. Oświadczenie o odstąpieniu musi być sporządzone na piśmie – pod rygorem nieważności. Oświadczenie o odstąpieniu staje się skuteczne z chwilą doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy dodatkowej. Odstąpienie od Umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- Odstąpienie od Umowy dodatkowej nie stanowi odstąpienia od Umowy podstawowej.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową w każdym czasie, z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie wymaga dla swej ważności zachowania formy pisemnej. Bieg okresu wypowiedzenia rozpoczyna się z dniem doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej. Wypowiedzenie Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego, nie zwalnia od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczającemu, który wypowiedział Umowę dodatkową, zgodnie z postanowieniami ust. 3, w terminie 30 dni od dnia rozwiązania Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia, Towarzystwo zwraca wpłaconą składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej (tzn. wpłaconą składkę pomniejszoną o część składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej).
- Wypowiedzenie Umowy dodatkowej nie stanowi wypowiedzenia Umowy podstawowej.

### **Artykuł 5: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa**

- Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu na skutek:
  - rozwiązania Umowy podstawowej,
  - upływu okresu, na jaki Umowa dodatkowa została zawarta, nie później jednakże niż z chwilą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 68 lat,
  - odstąpienia od Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy dodatkowej,
  - wypowiedzenia Umowy dodatkowej – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia,
  - wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa względem Ubezpieczonego wygasa.
- Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

## Artykuł 6: Świadczenie

1. W przypadku wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy, Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
  - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
  - 2) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
  - 3) dokumentację, potwierdzającą wystąpienie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, tj.:
    - a) orzeczenie lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej,
    - b) decyzję organu rentowego, stwierdzającą niezdolności do pracy oraz okres na jaki została ona orzeczona,
    - c) dokumentację medyczną, określającą stan zdrowia Ubezpieczonego oraz czas powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.
2. Przedłożone Towarzystwu dokumenty, o których mowa w ust. 1 związane ze zgłoszonym roszczeniem nie mają charakteru wyłączanie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia zasadności zgłaszanego roszczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie u wskazanego przez Towarzystwo lekarza. Koszt takich badań pokrywa Towarzystwo. W przypadku odmowy poddania się badaniom przez Ubezpieczonego, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia.
3. Świadczenie z tytułu wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy wypłacane jest Ubezpieczonemu. Z zastrzeżeniem art. 2 ust. 6, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100 % Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy.

## Artykuł 7: Skargi i reklamacje

1. Skargi i reklamacje należy kierować do Zarządu Towarzystwa. Skargi/reklamacje mogą być składane:
  - 1) w formie pisemnej na adres siedziby Towarzystwa: ul. Bema 89, 01-233 Warszawa lub w dowolnej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów,
  - 2) za pomocą faksu pod numer: + 48 22 535 02 01,
  - 3) za pomocą poczty elektronicznej na adres: [info@macif.com.pl](mailto:info@macif.com.pl),
  - 4) ustnie do protokołu w siedzibie Towarzystwa bądź w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa obsługującej klientów,
  - 5) telefonicznie pod numer: + 48 22 535 02 00.
2. Skarga/reklamacja powinna zawierać:
  - 1) przedmiot skargi/reklamacji (opis okoliczności sporu),
  - 2) dane pozwalające zidentyfikować osobę wnoszącą skargę/reklamację.

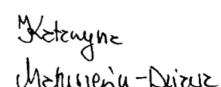
3. Skargi i reklamacje rozpatruje Zarząd Towarzystwa lub osoby przez niego upoważnione. Towarzystwo zobowiązane jest udzielić odpowiedzi w przedmiocie skargi/reklamacji w formie pisemnej, w postaci papierowej lub za pomocą innego Trwałego nośnika, a na wniosek Klienta – pocztą elektroniczną, bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi/reklamacji, wysyłając ją na adres wskazany w skardze/reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpoznanie skargi/reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo przesyła Klientowi informację zawierającą:
  - 1) wyjaśnienie przyczyny opóźnienia rozpoznania skargi/reklamacji,
  - 2) wskazanie okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
  - 3) określenie przewidywanego terminu rozpatrzenia skargi/reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nieprzekraczającego 60 dni od dnia otrzymania skargi/reklamacji.
4. Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony, i/lub Uposażony, i/lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia, będący osobami fizycznymi, mają prawo do zwrócenia się do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy lub przeprowadzenie przez niego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem, a podmiotem rynku finansowego, a także skorzystania z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Złożenie skargi/reklamacji niezwłocznie po powzięciu informacji o nieprawidłowościach/zastrzeżeniach, ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi/reklamacji.

## Artykuł 8: Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy mają zastosowania Ogólne Warunki Ubezpieczenia z Umowy podstawowej.
2. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z Umowy dodatkowej jest prawo polskie.
3. W stosunkach, wynikających z niniejszej Umowy dodatkowej, stosowany jest język polski.
4. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie dnia 1 stycznia 2016 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od tej daty.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 31 Zarządu MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 17 grudnia 2015 r.



Philippe Saffray  
Prezes Zarządu



Katarzyna Matuszewicz-Dziawa  
Członek Zarządu



## **ŻYCIE TUW**

**MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych**

ul. Bema 89, 01-233 Warszawa

tel. + 48 22 535 02 00, faks + 48 22 535 02 01

[www.macif.pl](http://www.macif.pl)

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XII Wydział Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000 1907 48  
NIP 107-000-05-43, Kapitał zakładowy: 39 100 000 zł, Kapitał zakładowy wpłacony: 39 100 000 zł