



**ŻYCIE TUW**

# **Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO**

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie

Styczeń 2016

# OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ACTI OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO

## PREAMBUŁA

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) regulują stosunek ubezpieczenia pomiędzy MACIF Życie Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych, a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym oraz Uposażonymi z tytułu Umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO.

## SPIS TREŚCI

**DEFINICJE** str. 3

**Rozdział I: PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA** str. 4

Artykuł 1: Przedmiot ubezpieczenia

Artykuł 2: Zakres ubezpieczenia

Artykuł 3: Zdarzenia ubezpieczeniowe

Artykuł 4: Czas trwania odpowiedzialności

**Rozdział II: WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA** str. 4

Artykuł 5: Warunki zawarcia Umowy ubezpieczenia

Artykuł 6: Warunki akceptacji ryzyka

**Rozdział III: ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA** str. 5

Artykuł 7: Ograniczenie odpowiedzialności

Artykuł 8: Wyłączenia odpowiedzialności

Artykuł 9: Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

**Rozdział IV: PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA** str. 6

Artykuł 10: Odstąpienie i wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

Artykuł 11: Wskazanie Uposażonych

Artykuł 12: Stosowanie przez Towarzystwo zapisów dotyczących Uposażonego

Artykuł 13: Odmowa wypłaty Świadczenia

Artykuł 14: Postanowienia ogólne dotyczące Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

Artykuł 15: Postanowienia ogólne dotyczące Towarzystwa

**Rozdział V: USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA ORAZ WYSOKOŚCI SKŁADEK** str. 8

Artykuł 16: Ustalenie wysokości Świadczenia

Artykuł 17: Ustalenie Składki rocznej

Artykuł 18: Tryb opłacania Składek

Artykuł 19: Nieopłacenie Składek

**Rozdział VI: WYPŁATA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO** str. 9

Artykuł 20: Postępowanie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego

Artykuł 21: Wypłata Świadczenia

Artykuł 22: Postępowanie w sprawach spornych i orzeczenie lekarskie

Artykuł 23: Skargi i reklamacje

Artykuł 24: Właściwość sądu

Artykuł 25: Opodatkowanie Świadczenia

Artykuł 26: Właściwe przepisy prawa, sposób komunikacji stron

Artykuł 27: Obowiązkiwanie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

**W CELU PRZYBLIŻENIA NAJISTOTNIEJSZYCH POSTANOWIEŃ NINIEJSZYCH OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA, TOWARZYSTWO 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. 4 ust. 1 art. 16 ust. 4 art. 16 ust. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	art. 7 art. 8 art. 13 art. 20 ust. 4 art. 22 ust. 3

## DEFINICJE

Przedstawionym w niniejszym rozdziale wyrażeniom nadano, w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Umowie ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO oraz innych dokumentach, poniższe znaczenie:

### CHOROBA

Każdy uszczerbek na zdrowiu, niespowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, stwierdzony przez lekarza.

### NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK

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

### SKŁADKA

Kwota wpłacana przez Ubezpieczającego jednorazowo lub w równych częściach, określonych w Warunkach szczególnych do Umowy ubezpieczenia.

### 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 w Umowie ubezpieczenia kwota, będąca podstawą ustalania wysokości Świadczenia.

### 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, hospicjów, 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.

### ŚWIADCZENIE

Kwota wypłacona jednorazowo przez Towarzystwo w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego ochroną ubezpieczeniową.

### TERMIN PŁATNOŚCI

Data, w której płatność Składki powinna zostać dokonana, 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 (za wyjątkiem dochodów z tytułu świadczeń o charakterze socjalnym) 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 opłacania Składki.

### UBEZPIECZONY

Wskazana imiennie w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie i zdrowie objęte jest ubezpieczeniem. Ubezpieczonym może być jedynie osoba fizyczna, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 67 lat, Ubezpieczony powinien 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 (Islandia, Liechtenstein, Norwegia, Szwajcaria).

### UMOWA UBEZPIECZENIA

Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym, a Towarzystwem na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

### UPOSAŻONY

Osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

### WARUNKI SZCZEGÓLNE

Dokument ubezpieczenia w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego (inaczej: polisa), wystawiany przez Towarzystwo i stanowiący dowód zawarcia Umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową.

### WIEK UBEZPIECZONEGO

Różnica pomiędzy rokiem wejścia w życie lub każdorazowego przedłużenia Umowy ubezpieczenia, a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

## ZABURZENIA PSYCHICZNE

Choroba, zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jako Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).

## ZAWIADOMIENIE O TERMINIE PŁATNOŚCI

Dokument, wysyłany Ubezpieczającemu co roku przez Towarzystwo (inaczej: polisa odnowieniowa), w którym określona jest Suma ubezpieczenia, Wiek Ubezpieczonego, kwota podstawowej Składki rocznej, należna Składka lub jej raty oraz terminy, w których Składka lub jej raty powinny zostać zapłacone.

## ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa: śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku Niez szczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Niez szczęśliwego wypadku, pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Niez szczęśliwego wypadku.

## Rozdział I: PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### Artykuł 1: Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem Umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZENSTWO 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 OCHRONA BEZPIECZENSTWO obejmuje wypłatę przez Towarzystwo Świadczenia w przypadku zajścia, w okresie trwania 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) Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego,
- 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Niez szczęśliwego wypadku,
- 4) Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Niez szczęśliwego wypadku,
- 5) pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Niez szczęśliwego wypadku.

### Artykuł 4: Czas trwania odpowiedzialności

1. Z zastrzeżeniem postanowień art. 7 i 8, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub osobie, o której mowa w art. 11 ust. 2, Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości przewidzianej w Warunkach szczególnych.

2. Z zastrzeżeniem ust. 4, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w Warunkach szczególnych, jednakże nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu wplynięcia Składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy Towarzystwa.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się na skutek zdarzeń określonych w art. 9.
4. W przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia zawarta jest 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 UBEZPIECZENIA

### Artykuł 5: Warunki zawarcia Umowy ubezpieczenia

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. 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 ubezpieczeniowego.
2. Właściwie sporządzony i podpisany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego dokument, związany z zawarciem Umowy ubezpieczenia, tj. wniosek o zawarcie umowy, złożony zostaje w Towarzystwie lub jego upoważnionemu przedstawicielowi.
3. Umową ubezpieczenia może zostać objęte życie i zdrowie Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że w roku zawarcia pierwszej Umowy ubezpieczenia Wiek Ubezpieczonego nie może być większy niż 66 lat.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku, z zastrzeżeniem postanowień poniższych.
5. Umowa ubezpieczenia przedłuża się automatycznie na kolejne okresy roczne, chyba że Ubezpieczający, nie później niż na 15 dni przed upływem okresu, na który Umowa ubezpieczenia została zawarta lub odpowiednio przedłużona, zawiadomi Towarzystwo na piśmie, że nie wyraża zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu, na jaki została zawarta (przedłużona).
6. W razie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez

Ubezpieczającego, Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia.

7. Ostatnie automatyczne przedłużenie Umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO może nastąpić w roku, w którym Wiek Ubezpieczonego będzie wynosić 66 lat. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonego, Ubezpieczony wyraża zgodę na jej zawarcie oraz na wysokość Sumy ubezpieczenia.
8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia.
9. 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.

#### **Artykuł 6: Warunki akceptacji ryzyka**

1. Podstawę do zawarcia Umowy ubezpieczenia stanowi wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO, wraz z oświadczeniem Ubezpieczającego (Ubezpieczonego) dotyczącym stanu zdrowia, przebytych chorób, działalności zawodowej i sportowej Ubezpieczonego.
2. Po rozpatrzeniu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może:
  - 1) zaakceptować ryzyko bez zastrzeżeń,
  - 2) odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO,
  - 3) zaproponować zawarcie Umowy ubezpieczenia na odmiennych warunkach.
3. Akceptacja przez Towarzystwo ryzyka następuje poprzez wystanie Warunków szczególnych do Ubezpieczającego.
4. Po zaakceptowaniu przez Towarzystwo ryzyka, Umowa ubezpieczenia wchodzi w życie od daty określonej w Warunkach szczególnych i pod warunkiem opłacenia pierwszej rocznej Składki lub pierwszej raty Składki.
5. Jeżeli Warunki szczególne zawierają 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 Warunków szczególnych 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 przypadku braku sprzeciwu, Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią Warunków szczególnych, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

### **Rozdział III: ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA**

#### **Artykuł 7: Ograniczenie odpowiedzialności**

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 lub Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpiły w okresie pierwszych trzech lat trwania Umowy ubezpieczenia i były wynikiem Choroby, na którą Ubezpieczony zapadł przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, a o której wiedział i o której nie poinformował przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia.

#### **Artykuł 8: Wyłączenia odpowiedzialności**

1. W przypadku śmierci 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.
2. W przypadku Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia określone w art. 8 ust. 1 oraz za zdarzenia będące wynikiem:
  - 1) 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. Nr 179, poz. 1475, ze zm.) 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 wszelkich sportów lotniczych (w szczególności takich jak: pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów, parolotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, baloniarstwo) lub sportów o wysokim stopniu ryzyka doznania uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia bądź śmierci, za które uważa się: wspinaczkę wysokogórską, speleologię, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, jazdę gokartami, jazdę quadami, sptywy górskimi rzekami lub wszystkie odmiany sportów wymienionych w tym punkcie.
  - 3) uprawiania ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów,
  - 4) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia.
3. W przypadku Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub w przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia określone w art. 8 ust. 1 i ust. 2, jak również zdarzenia będące wynikiem:
  - 1) 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. Nr 124, poz.



- 1152 ze zm.), bez posiadania odpowiednich uprawnień,
- 2) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
  - 3) zaburzeń psychicznych,
  - 4) wypadku lotniczego mającego miejsce podczas przebywania Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
  - 5) zatrucia alkoholem etylowym lub metylowym,
  - 6) zatrucia środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1475 ze zm.) oraz załączników do tejże ustawy, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego na skutek Niešťęśliwego wypadku, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia:
- 1) wskazane w art. 8 ust. 1-3, przy czym w zakresie wyłączenia, określonego w ust. 3 pkt 6 i 7, odpowiedzialność Towarzystwa uwzględnia ograniczenie wskazane w art. 7 ust. 1,
  - 2) samobójstwa Ubezpieczonego, jeżeli jego śmierć nastąpiła w okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania Umowy ubezpieczenia,
  - 3) będące wynikiem następujących chorób: udaru mózgu, zawału serca, wylewu krwi do mózgu.

#### **Artykuł 9: Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa**

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek:
  - 1) śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci,
  - 2) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
  - 3) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia,
  - 4) w przypadku nieopłacenia Składki lub rat Składki w terminie określonym w Umowie ubezpieczenia, pomimo uprzedniego wezwania, o którym mowa w art. 19 ust. 1,
  - 5) w przypadku pobytu Ubezpieczonego poza terytorium Unii Europejskiej, krajów członkowskich EFTA i Ameryki Północnej, przekraczającego 12 kolejnych miesięcy – z początkiem pierwszego dnia przekraczającego 12 kolejnych miesięcy pobytu,
  - 6) w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia (dotyczy zarówno umowy nowo zawartej, jak i automatycznie przedłużonej), w roku, w którym Wiek Ubezpieczonego wynosi 67 lat,
  - 7) upływu terminu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o braku woli przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres roczny, o którym mowa w art. 5 ust. 5.
2. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, od-

powiedzialność 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 UBEZPIECZENIA**

### **Artykuł 10: Odstąpienie i wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia**

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w Warunkach szczególnych; 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 ubezpieczenia.
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 ubezpieczenia. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczonego nie zwalnia od obowiązku zapłacenia Składki za czas udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczającemu, który wypowiedział Umowę ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami artykułu 10 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 11: Wskazanie Uposażonych**

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania Świadczenia, 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. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał żadnego Uposażonego lub wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego, lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do Świadczenia, uprawnionymi do Świadczenia ubezpieczeniowego, zgodnie z art. 832 § 2 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. z dnia 17 grudnia 2013 r., Dz. U. z 2014 r., poz. 121 ze zm.), 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 12: 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.

#### **Artykuł 13: Odmowa wypłaty Świadczenia**

1. Towarzystwo, w okresie pierwszych trzech lat obowiązywania Umowy ubezpieczenia, w przypadku pominięcia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia danych lub informacji, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, lub w przypadku podania przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia oświadczeń, danych lub informacji niezgodnych z prawdą, a istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania Zdarzenia

ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, może odmówić wypłaty Świadczenia, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe powstało na skutek okoliczności pominiętych przez Ubezpieczonego lub okoliczności, co do których Ubezpieczony podał nieprawdę.

2. Jeżeli do pominięcia bądź podania nieprawdy, o których mowa w ust. 1, doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem zdarzenia pominiętego lub co do którego podano nieprawdę.

#### **Artykuł 14: Postanowienia ogólne dotyczące Ubezpieczającego i Ubezpieczonego**

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki ubezpieczeniowej w wymaganej wysokości i w terminach określonych w Warunkach szczególnych oraz późniejszych aneksach i Zawiadomieniach o terminie płatności.

2. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do pisemnego informowania Towarzystwa o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego oraz o zmianie swoich danych osobowych.

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. Ubezpieczony ma prawo żądać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

5. W przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia zawarta jest na cudzy rachunek:

1) przed wyrażeniem przez osobę zainteresowaną zgodą 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 Ubezpieczony 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 15: Postanowienia ogólne dotyczące Towarzystwa**

1. Towarzystwo zobowiązane jest do zachowania w tajemnicy wszelkich danych, dotyczących Umowy ubezpieczenia, w szczególności dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do terminowego i prawidłowego przestrzegania swoich zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia: w ogólnych warunkach, aneksach, odmowach, pismach dotyczących możliwości przedłużenia, wypowiedzenia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo ma obowiązek, najpóźniej w terminie 30 dni przed każdym automatycznym przedłużeniem Umowy ubezpieczenia na kolejny okres roczny, przestać do Ubezpieczającego Zawiadomienie o terminie płatności.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego albo śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego lub Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, albo pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, w terminach i na warunkach przewidzianych w Umowie ubezpieczenia.
5. Towarzystwo zobowiązane jest powiadomić pisemnie Ubezpieczonego o tym, że Ubezpieczający zaprzestał opłacania Składek i zaproponować mu przejęcie praw i obowiązków Ubezpieczającego.
6. Towarzystwo jest zobowiązane do informowania Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o każdej zmianie swojego adresu oraz innych danych kontaktowych.
7. Sprawozdanie finansowe Towarzystwa, zawierające dane o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa, jest zamieszczane na witrynie internetowej Towarzystwa.

## **Rozdział V: USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA ORAZ WYSOKOŚCI SKŁADEK**

#### **Artykuł 16: Ustalenie wysokości Świadczenia**

1. Wysokość Sum ubezpieczenia potwierdzona jest w dokumencie ubezpieczenia, zwanym Warunkami szczególnymi.
2. Sumy ubezpieczenia stanowią podstawę ustalania wysokości Świadczeń.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, aktualnej na dzień wystąpienia dane-

go Zdarzenia ubezpieczeniowego, tj.:

- 1) w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- 2) w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego,
- 3) w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku bądź Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku bądź Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) w przypadku ubezpieczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100 zł za każdy dzień pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, trwającego więcej niż 1 doba, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Wysokość dziennego Świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, trwającego więcej niż 1 doba, wynosi 100 zł. W każdym roku trwania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczonemu z tytułu pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przysługuje prawo do Świadczenia z tytułu wyłącznie jednego pobytu w Szpitalu, przy czym pobyt w Szpitalu musi trwać dłużej niż 1 dobę i nie więcej niż 90 dni.
5. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku płatne jest Ubezpieczonemu od pierwszego dnia pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jednorazowe Świadczenie określone w Umowie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Uposażonemu, a w przypadku braku osoby uposażonej, osobom ustalonym w sposób określony w art. 11 ust. 2.
7. W przypadku Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego lub Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie określone w Umowie ubezpieczenia otrzymuje Ubezpieczony.
8. Aby śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku mogły zostać uznane za spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem musi zostać spełniony warunek wystąpienia śmierci Ubezpieczonego, Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego lub pobytu Ubez-

pieczonego w Szpitalu przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku. Nadto, Nieszczęśliwy wypadek musi mieć miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

#### **Artykuł 17: Ustalenie Składki rocznej**

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki ubezpieczeniowej po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwzględnieniem wysokości Sumy ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa określana jest dla rocznego okresu ubezpieczenia, według obowiązującej taryfy w dniu zawierania Umowy ubezpieczenia lub jej automatycznego przedłużania.
3. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo, z góry za okres ubezpieczenia.
4. Wysokość Składki ubezpieczeniowej oraz jej Termin płatności określone są w Warunkach szczególnych.
5. Na wniosek Ubezpieczającego, Składka ubezpieczeniowa roczna może być opłacona w ratach półrocznych, kwartalnych i miesięcznych.
6. Składkę ubezpieczeniową uważa się za zapłaconą w dniu uznania kwoty na rachunku bankowym Towarzystwa.
7. Termin płatności Składki rocznej jest datą, od której rozpoczyna się kolejny jednoroczny okres ubezpieczenia; jest to również data, w której Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić swoją roczną Składkę.

#### **Artykuł 18: Tryb opłacania Składek**

Składki ubezpieczeniowe opłacane są przelewem bankowym lub w drodze polecenia zapłaty.

#### **Artykuł 19: Nieopłacenie Składek**

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 15 dni od dnia otrzymania tego pisma przez Ubezpieczającego.
2. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot wpłaconej Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

## **Rozdział VI: WYPŁATA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

#### **Artykuł 20: Postępowanie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego**

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, Uposażeni lub osoby, o których mowa w art. 11 ust. 2, występujące z wnioskiem o wypłatę Świadczenia, zobowiązani są przedstawić Towarzystwu:
  - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
  - 2) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
  - 3) kartę statystyczną do karty zgonu z podaniem przyczyny zgonu lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu,

- 4) dokument pozwalający potwierdzić tożsamość każdego z Uposażonych lub osób, o których mowa w art. 11 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,
  - 7) notatkę policji w przypadku zawiadomienia policji,
  - 8) protokół BHP, w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy,
  - 9) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku gdy było prowadzone postępowanie,
  - 10) dokument pozwalający ustalić pokrewieństwo z Ubezpieczonym – w przypadku osób, o których mowa w art. 11 ust. 2 pkt 2) – 4).
2. W przypadku Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego lub Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony lub osoba upoważniona do działania w imieniu Ubezpieczonego, zobowiązani są przedstawić Towarzystwu:
    - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
    - 2) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
    - 3) 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) dokumentację medyczną dotyczącą Nieszczęśliwego wypadku oraz dokumentację dotyczącą przyczyn Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Trwałe i całkowite inwalidztwo nastąpiło w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
    - 6) notatkę policji w przypadku zawiadomienia policji,
    - 7) protokół BHP, w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy,
    - 8) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku gdy było prowadzone postępowanie przygotowawcze,
    - 9) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego – w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia.



3. W przypadku wystąpienia pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony lub osoba upoważniona do działania w imieniu Ubezpieczonego, zobowiązani są przedstawić Towarzystwu:

- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
- 2) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
- 3) dokumentację dotyczącą przyczyn Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) kartę informacyjną leczenia Szpitalnego,
- 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.

4. Przedłożone Towarzystwu wyniki badań oraz inne dokumenty, związane ze zgłoszonym roszczeniem, nie mają charakteru wyłączenie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia zasadności zgłaszanego roszczenia, 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.

#### **Artykuł 21: Wypłata Świadczenia**

1. Z zastrzeżeniem art. 21 ust. 3, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, Towarzystwo rozpatruje sprawę i wypłaca Świadczenie.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane przez Towarzystwo jednorazowo.
3. 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.

## **Rozdział VII: ROZSTRZYGANIE SPORÓW**

### **Artykuł 22: Postępowanie w sprawach spornych i orzeczenie lekarskie**

1. Towarzystwo może wyznaczyć lekarza w celu zbadania okoliczności śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Zadaniem lekarza jest w szczególności:

- 1) określenie medycznych przyczyn śmierci Ubezpieczonego,
- 2) opisanie obecnego i dotychczasowego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- 3) sprawdzenie czy Ubezpieczony spełnia pod względem medycznym warunki przewidziane w Umowie ubezpieczenia, uprawniające go do otrzymania Świadczenia z tytułu pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub z tytułu Trwałego i całkowitego inwalidztwa lub Trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

2. W przypadku, gdy Uposażony, osoba o której mowa w art. 11 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 ubezpieczenia, uprawniające go do otrzymania Świadczenia z tytułu pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku albo z tytułu Trwałego i całkowitego inwalidztwa lub Trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, lub jeżeli orzeczenie lekarskie wykaże, zgodnie z procedurą określoną powyżej, że warunki przewidziane w Umowie ubezpieczenia nie zostały spełnione.

### **Artykuł 23: 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 24: Właściwość sądu**

Powództwo o roszczenia, wynikające z Umowy ubezpie-

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

## **Rozdział VIII: POSTANOWIENIA RÓŻNE**

### **Artykuł 25: 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 26: Właściwe przepisy prawa, sposób komunikacji stron**

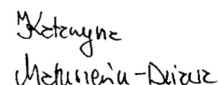
1. W sprawach nieuregulowanych przez niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. z 17 grudnia 2013 r., Dz. U. z 2014 r., poz. 121 ze zm.) oraz ustawy z dnia 11 września 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 z zawieraniem i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, wymagają formy pisemnej, chyba że niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia stanowią inaczej.

### **Artykuł 27: Obowiązkiwanie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia**

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



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